

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Contribution à l'Étude

DU

Kyste Hydatique Rétro-Vésical

CHEZ L'HOMME

PAR

Albert JEUDY

Né à Vanves, le 31 Juillet 1886

Président : M. LEJARS, PROFESSEUR

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr^t).

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	Professeurs	M. LANDOUZY
		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie minérale.		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		VIDAL
Pathologie chirurgicale.		TEISSIER
Anatomie pathologique.		LEJARS.
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		BROCA.
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		LETULIE
		ROGER.
Clinique médicale.		{ CHAUFFARD
		{ DEBOVE
		{ GILBERT
Maladies des enfants.		{ LANDOUZY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		{ HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		{ GILBERT BAILLET
Clinique des maladies du système nerveux		{ GAUCHER
		{ DEJERINE
Clinique chirurgicale.		{ PIERRE DELBET
		{ QUENU
		{ RECLUS
Clinique ophthalmologique.		{ HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.		{ DE LAPPERSONNE
		{ LEGUEU
		{ BAR
Clinique d'accouchements		{ PINARD
		{ RIBEMONT-DES-
		{ SAIGNE
Clinique gynécologique.		{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile		{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		{ A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI.	REITTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUILLEIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tiend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE TRÈS CHÈRE
DE MA GRAND'MÈRE

Madame EMILE LAMIRAL

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage
de ma filiale affection.*

A MA FEMME

En gage de ma profonde tendresse

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR TÉCHOUËYRES

PROFESSEUR D'HISTOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

DIRECTEUR DU LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE
DE LA MARNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR TISNÉ

MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL BON-SECOURS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

L'intéressante observation du kyste hydatique de la vessie chez un jeune garçon que nous a très obligeamment prêtée Monsieur le Docteur Veau, chirurgien des Hôpitaux, nous a incité à rechercher où en est aujourd'hui la question de cette localisation assez rare des kystes hydatiques dans la région rétro-vésicale chez l'homme.

Grâce aussi au rapport que vient de faire Monsieur le Docteur Launay, chirurgien des hôpitaux, à la Société de chirurgie, sur la dite observation et sur deux autres qui lui furent communiquées par MM. Soubeyran, de Montpellier, et Alglave, nous avons pu tirer quelques conclusions sur le traitement chirurgical de cette affection.

Nous regrettons simplement que certaines des observations que nous avons pu réunir n'aient pas été plus détaillées et nous avons fait notre possible pour tirer le meilleur parti des éléments qui étaient à notre disposition.

FRÉQUENCE ET ÉTIOLOGIE

Avant d'étudier les kystes hydatiques de la région rétro-vésicale chez l'homme, nous tenons à donner une vue d'ensemble sur la localisation de ces kyste dans le corps humain.

STATISTIQUE DE DAVAINÉ

Foie.....	166	Cou.....	5
Poumons.....	40	Corps thyroïde.....	2
Cœur.....	10	Parois du tronc.....	12
Art. et v. pulm.....	2	Bras (parties molles).....	2
Cerveau, cervelet, etc.....	20	Av. bras et mains (p. molles).....	0
Mœlle épinière.....	3	Cuisses (p. molles).....	6
Corps pituitaire.....	2	Jambes et pieds (p. molles).....	0
Reins.....	30	Système osseux.....	17
Caps. surrénales.....	1	Testicules et scrotum.....	2
<i>Petit bassin</i>	26	Vésicules séminales.....	1
Gl. de l'œil.....	3	Ovaire.....	4
Orbite.....	9	Matrice pari.....	1
Face.....	2	Placenta.....	1
Bouche.....	2	Sein.....	7

Total : 376

Nous voyons que sur 376 cas, il n'y en a que 26 du petit bassin, ce qui fait un rapport de 7,8 o/o environ.

STATISTIQUE DE BÖCKER

Foie.	17
Poumon.	5
Rate.	4
Appareil circulatoire.	1
Rein.	2
<i>Petit bassin</i>	1
Péritoine et épiploon.	2
Total.	32

Sur 32 cas, un seul du petit bassin soit 3 o/o environ.

STATISTIQUE DE NEISSER

Foie.	451
Poumon.	67
Cav. crânienne.	68
Canal rachidien.	13
Rate.	28
Plèvre.	17
Appar. circulatoire.	29
Rein.	80
<i>Petit bassin</i>	36
Org. génit. femelles et sein.	44
— — mâles.	6
Os.	28
Face, orbite, bouche.	21
Cou.	10
Péritoine et épiploon.	2
Total.	900

Sur 900 cas, 36 du petit bassin. Soit 4 o/o environ.

STATISTIQUE DE FINSSEN

Foie.	176
Poumon	7
Rein.	3
Rate	2
<i>Petit bassin.</i>	0
Cou	1
Face, orbite, bouche.	4
Tronc et membres.	8
Péritoine et épiploon.	54
Total	255

Sur 255, cas aucun du petit bassin : soit 0 o/o.

STATISTIQUE DE MADELUND

Foie	132
Poumon	21
Cavité crânienne	1
Rate	3
Plèvre	2
App. circulatoire	1
Rein	7
<i>Petit bassin.</i>	7
Org. génit. femelles	3
Os	3
Tronc et membres	13
Péritoine et épiploon.	3
Total.	196

Sur 196 cas, 7 du petit bassin : soit 3,5 o/o.

STATISTIQUE DES CAS RASSEMBLÉS EN RÉPUBLIQUE ARGENTINE
PAR MM. CRANWELL ET VEGAS

Cas totaux.	970
Cas du petit bassin	35
Soit 3,6 o/o.	

En comprenant ces diverses statistiques nous constatons que la fréquence des kystes du petit bassin varie de 0 à 7,8 o/o.

En additionnant les cas totaux et les cas du petit bassin et en les comparant nous obtiendrons un chiffre d'ensemble plus exact.

	Cas totaux	C. du petit bassin
Statistique de Davaine....	376	26
— Böcher.....	32	1
— Neisser	900	36
— Finsen.....	255	0
— Madelung..	196	7
— Cranwell et Vegas	970	35
Statistique générale.....	2.729	105

De ces chiffres nous pouvons tirer la conclusion que la localisation des kystes hydatiques dans le petit bassin se présente environ dans 3,8 o/o des cas.

Malheureusement tous ces auteurs englobent dans les mêmes chiffres les cas de kystes chez l'homme et chez la femme. Le chiffre de 3,8 o/o est propre au petit bassin en général, mais les kystes chez l'homme sont

beaucoup plus rares qu'chez la femme. Nous n'avons comme point de comparaison que la statistique de Cranwell, qui divise ses 35 cas du petit bassin en : 30 chez la femme et 5 chez l'homme, soit 1 fois chez l'homme pour 6 fois chez la femme.

Ceci ramènerait le pourcentage du nombre des cas du petit bassin chez l'homme au nombre des cas d'échinococcose à 0,5 o/o environ. Ce dernier chiffre basé sur la seule statistique de Cranwell ne suffit pas pour affirmer qu'il est toujours semblable, mais il nous permet tout de même de montrer que la localisation qui nous intéresse est relativement assez rare.

Nous nous baserons pour l'étude de la question d'abord sur l'observation du docteur Veau, puis sur une de M. Soubeyran, sur quatre de M. Cranwell (1) et enfin sur les cinquante-deux qu'il réunit en 1907.

Tout d'abord en compulsant ces cinquante-huit observations, nous pouvons voir qu'au point de vue étiologique peu de choses sont à noter. L'âge est assez indifférent ; les cas s'échelonnent de 7 ans (chez notre malade) à 68 ans (obs. L). Cinq fois l'âge n'est pas donné, ce qui laisse à penser qu'il ne s'agissait ni de tout jeune enfant, ni de vieillard. Néanmoins, on peut tout de même, en faisant un tableau des âges des malades, aboutir à cette conclusion que l'âge moyen est le plus intéressé.

1. Cranwelle (de Buenos-Ayres). — Les kystes hydatiques rétro-vésicaux. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* 1907.

Avant 10 ans.....	2
De 11 à 20 ans.....	6
De 21 à 30 ans.....	12
De 31 à 40 ans.....	19
De 41 à 50 ans.....	9
De 51 à 60 ans.....	3
Au-delà de 60 ans.....	5

Mais l'âge moyen peut-il être considéré, à proprement parler, comme un facteur étiologique ? Les vieillards sont moins atteints, mais sont aussi moins nombreux. Les enfants, eux, ont eu moins de temps pour être contaminés et s'ils le sont, la tumeur kystique peut rester de longues années à peu près latente et ne nécessiter l'intervention du praticien et partant la prise de l'observation que bien plus tard.

SYMPTOMES

Le kyste hydatique après être resté plus ou moins longtemps à l'état latent et n'avoir donné aucun signe de son existence, finit par se révéler par une série de faits qui se complètent peu à peu et finissent par donner un ensemble de symptômes assez caractéristique pour mériter une description un peu détaillée.

Toute la symptomatologie est dominée par les troubles urinaires : ce sont eux qui président au début de l'histoire clinique du malade et ce sont eux aussi qui sont cause de sa mort lorsque l'intervention n'a pas eu lieu ou a été trop tardive.

En comparant nos observations nous constatons que la dysurie et la rétention sont en tête de ligne et nous avons pu les trouver notées, la *dysurie* 25 fois et la *rétention* 24 fois. 13 fois, elles se trouvent coïncider dans la même observation, 12 la dysurie existe sans rétention et 11 fois la rétention sans dysurie.

Puis viennent la *pollakiurie* que nous trouvons 16 fois, la *constipation* 15, les *phénomènes douloureux*, 13 fois.

La plupart du temps la tumeur n'est trouvée que par le praticien lorsqu'il la recherche ; pourtant dans 7 cas ce fut elle qui, par sa voussure au niveau de l'hypogastre, éveilla l'attention du malade.

Pollakiurie. — Bien que, comme nous l'avons vu, la pollakiurie ne soit pas le symptôme le plus fréquemment relevé, nous commencerons par elle, car, lorsqu'elle existe, elle est la première en date.

Un individu qui jusqu'à présent avait uriné normalement, s'aperçoit un beau jour que ses besoins de miction s'accroissent et sont plus fréquents, qu'il est obligé de se relever la nuit pour uriner.

Dans une des observations de Cranwell (obs. VI) la miction était rare et extrêmement fréquente. Le professeur Hartmann, à propos d'un malade qu'il opéra en 1904, note avant l'opération : « Depuis cette époque
« (crise de rétention passagère) les besoins d'uriner de
« notre malade sont très fréquents, *toutes les demi-heu-*
« *res* ». Un autre malade, un an avant de consulter, commençait déjà à être réveillé la nuit par le besoin d'uriner (Tillaux). Ici, c'est depuis 6 mois que le malade ressent des besoins fréquents de miction (Fürstenberg). Là, le malade s'aperçoit qu'il urinait le plus souvent pendant la nuit avec un mince filet (Haveczky).

Nous avons été surtout frappé de la précocité de ce symptôme. C'est quelquefois trois mois, six mois, un an avant le début des autres symptômes que le malade présente de la pollakiurie. Tuffier dans l'observation

qu'il présenta au Congrès de Chirurgie de 1891 écrit que son malade éprouvait « depuis trois ans une sensation « de pesanteur dans la région périnéale, avec fréquence « de la miction ». Un cas plus curieux encore se trouve dans la thèse de Getten : son « malade, âgé de 26 ans, « entre à la Pitié, dans le service de Tuffier, le 8 novem- « bre 1898. Depuis l'âge de 15 ans, il a toujours eu des « besoins d'uriner fréquents ! »

Dysurie. — La dysurie est, comme nous l'avons vu, le symptôme le plus constamment trouvé parmi les troubles urinaires.

Les auteurs ont discuté pour savoir si la dysurie était attribuable à la cystite du col ou à la compression de l'urètre au niveau de la prostate, mais la chose n'est pas élucidée. L'effort initial que font certains malades pour amorcer la miction semblerait dû à l'irritabilité exagérée du col vésical, et la compression serait cause de la lenteur avec laquelle la miction se continue ; mais nous ne pourrions soutenir cette simple hypothèse par aucun fait relaté dans nos observations.

Quoiqu'il en soit, cette gêne de la miction est traduite essentiellement par la nécessité qu'éprouve le malade de faire des efforts violents pour mener à bien l'émission de ses urines.

Quant aux particularités qui marquent la dysurie, elles sont peu nombreuses ; nous nous contenterons de citer quelques exemples.

Chez le malade d'Haveczky dont nous avons parlé

plus haut, c'est par un mince filet que s'échappe l'urine ; chez un autre c'est par petits jets intermittents et après de grands efforts d'expulsion (Cranwell). Un autre peut vider avec difficulté une partie de sa vessie, mais la miction finie, un cathétérisme donne encore une certaine quantité d'urine (Fürstenberg).

Dans l'observation XXX, due à M. Tuffier, on relate que la miction nécessite des efforts considérables ; elle est fréquente et ne peut s'effectuer que dans la position accroupie.

La dysurie s'installe d'une façon plus ou moins frécoce. Quelquefois elle se montre par crises espacées, dans l'intervalle desquelles la miction est relativement facile (cas de Zichy). D'autres fois, comme chez le malade du Pr Hartmann, c'est une difficulté progressivement croissante qui s'installe et aboutit à la rétention.

Rétention. — Dans plus de la moitié des cas la rétention est l'aboutissant de la dysurie ; dans les autres, la rétention est primitive.

Lorsque la rétention succède à la dysurie, elle le fait en règle générale graduellement. La dysurie, simple au début, s'accompagne plus tard de rétention partielle. Le malade, comme celui dont nous parlions plus haut, émet un peu d'urine, mais la miction cesse avant l'évacuation totale de la vessie. Puis finalement la rétention complète s'installe et nécessite l'intervention du médecin.

Le temps qui sépare le début des troubles urinaires

de la rétention totale varie. Une fois (observation de Lowell) le malade traîne sa dysurie pendant 3 ou 4 ans avant la rétention complète. Ailleurs, c'est une affaire de mois, six mois dans les cas de Saxahansky et de Haveczky, trois mois dans celui de Cranwell. Enfin, dans un cas, le malade fut conduit en quelques jours à la rétention totale.

Comme cas de rétention aiguë sans prodrôme, il nous paraît intéressant de citer trois observations de Heresco, de Hartham et de Bangs. Chez le malade de Heresco « le premier symptôme est une rétention complète d'urine. »

Hartmann dit du sien : « Depuis un certain temps, il « était frappé du développement anormal que prenait « son abdomen lorsque dans la matinée du 2 octobre « 1904 il fut dans l'impossibilité d'uriner. »

Citons encore ce passage de l'observation de Bangs : « Le malade se présente avec une rétention complète « d'urine et il dit n'avoir jamais remarqué de difficulté « pour uriner avant cet accident ».

Plaçons ici une parenthèse pour dire un mot du *cathétérisme* ; il fut possible dans bien des cas, difficile quelquefois et plusieurs fois impossible. Cette impossibilité fut constatée par Tillaux, par Tuffier, par Baudet et par Lowell, chez des malades respectivement âgés de 43 ans, 27 ans, 16 ans, 64 ans ; l'âge n'a donc pas d'importance étiologique.

Le cathétérisme, quand il fut possible, permit l'évacuation d'une urine tantôt abondante et claire, tantôt

abondante et trouble et plus ou moins infectée.

Nous avons trouvé dans la thèse de Getten une observation de Feenwick dans laquelle est un fait curieux : chez un rétentionniste, le cathéter montra que la *vessie était vide* : « ...elle (la tumeur) était séparée de la prostate, mais elle avait refoulé les vésicules ; la vessie a été repoussée vers le haut et vers la droite ; un cathéter put être passé, après une longue résistance au niveau de la prostate mais la vessie fut trouvée vide. Il était évident que les 2 uretères avaient été étranglés à la surface du grand bassin par la tumeur, etc. » Nous reviendrons sur cette compression à propos de l'anatomie pathologique.

Douleurs. — La douleur plus ou moins précoce est essentiellement variable en intensité et fait quelquefois complètement défaut. Comme exemple de cette indolence citons quelques mots d'une observation de Cranwell (obs. VI) : « Les difficultés pour uriner étaient très grandes, néanmoins jamais le malade n'a eu de douleurs... » plus loin « par le toucher rectal on trouve une tumeur volumineuse qui repousse en arrière la paroi antérieure du rectum ; elle est lisse, résistante, indolente ».

Cependant 12 fois la douleur est nettement spécifiée. Nous croyons pouvoir diviser ces cas douloureux en deux groupes suivant que la douleur est due ou non à la cystite.

Dans le premier groupe, classons les douleurs qui sont en rapport immédiat avec la miction. Tel malade

(cas de Mallez) éprouve de vives douleurs pendant la miction. Tel autre (Fürstenberg) ressent une forte douleur de la fin de la miction. Tel autre enfin, « il y a trois ans commença à souffrir de douleurs à la vessie qui « étaient soulagées par l'émission de l'urine ». (Rupp).

Dans le deuxième groupe, la douleur est provoquée par la pression sur la tumeur — c'était le cas chez notre malade — ou bien elle est spontanée ; dans ce dernier cas rentre le malade de Pize : « Huit jours avant son admission à l'hôpital, il a été pris subitement en urinant de douleurs abdominales intenses ». Le malade de Getten « a commencé à souffrir de douleurs survenant par crises, il entre à l'hôpital en raison de la fréquence de plus en plus grande des crises douloureuses ».

C'est une sensation de pesanteur pénible de la région périnéale que nous décrit Tuffier dans son observation.

Chez notre malade, on put noter des crises très douloureuses après l'ingestion des aliments et pendant les efforts de défécation, il ne supportait pas la position assise et se mettait à genoux pour manger.

Ces douleurs peuvent s'irradier à distance (obs. XXVI). « Le malade avait éprouvé des douleurs sourdes et irrégulières dans la région de la vessie, avec de la dysurie intermittente ; douleurs dans les cuisses et dans les jambes ».

Enfin dans un seul cas (Cranwell) le malade accuse de la douleur à la pression dans la région lombaire, douleur en rapport avec la distention de l'urètre, du bassinet et des calices qui fut trouvée à l'autopsie.

Avant d'aborder les troubles intestinaux, notons pour mémoire la pyurie et l'hématurie. La *pyurie* dont nous trouvâmes deux exemples étaient d'origine cystique comme d'ailleurs l'*hématurie* qui une fois consista en l'émission de quelques gouttes de sang pur après les efforts de miction et deux fois, en l'émission d'une urine teintée de sang.

Constipation. — Elle est d'origine mécanique causée par la compression du rectum ou de l'S iliaque contre les parois postérieures du bassin. Elle peut être continue, ou peut alterner avec des crises de diarrhée. Dolbeau nous dit de son malade qu'il avait des garde-robes très pénibles et que ses selles étaient rubanées.

La constipation peut être très opiniâtre ; le malade de Cranwell, « pendant toute sa maladie a « été « constipé restant quelquefois dix et douze jours sans « aller à la garde-robe ».

Ocampo (de Buenos Ayres) nous présente dans sa thèse un cas plus typique encore ; son malade, sans que le diagnostic de kyste hydatique ait été posé, fut opéré pour son bol fécal énorme situé dans l'S iliaque : il subit la laparatomie, la malaxation de ce bol et ce n'est qu'après sa mort par rétention urinaire et collapsus qu'on découvrit à l'autopsie un kyste hydatique de la grosseur d'un œuf d'autruche.

Tumeur. — Chez notre malade, la tumeur s'étend au-dessous de l'ombilic, un peu à droite de la ligne mé-

diane, descendant jusqu'au pubis. Elle est arrondie et et semblé un peu bosselée du côté droit, croisée par un corps mou qui, aux yeux du D^r Veau, paraît être l'intestin (assertion qui fut confirmée au moment de l'opération).

Que ce soit le malade qui, concurremment avec ses troubles urinaires, ait remarqué une voussure anormale de son bas-ventre ou que ce soit le praticien qui l'ait découverte à l'examen du malade, la tumeur se présente à peu près d'une façon constante avec les caractères (à l'interposition d'intestin près), que nous trouvons chez notre malade.

Tout d'abord, l'aspect est celui d'une vessie distendue, mais la voussure persiste toujours, presque aussi considérable, après la miction ou le cathéter.

A la palpation, la tumeur est lisse, ronde, plus ou moins libre à sa partie supérieure, mais difficilement mobilisable en bas, enclavée qu'elle est dans le petit bassin. La palpation est généralement peu douloureuse. Pourtant, dans notre cas, on constate une douleur assez marquée à la palpation. Dans un cas (obs. V, de Cranwell) la palpation créait au malade une douleur aiguë difficile à supporter.

Sa consistance est assez ferme, quelquefois dure, en général sans rénitence marquée. La sensation de flot peut être perçue, mais nous n'avons pu trouver qu'une seule fois notée dans nos observations la sensation du *frémissement hydalique*

Le *toucher rectal* permet d'entrer en contact beau-

coup plus immédiat avec la poche kystique. Par ce moyen on peut la situer dans le bassin et sentir à quel point celui-ci est obstrué. Généralement on trouve la tumeur immédiatement au-dessus de la prostate semblant lui faire suite vers le haut ; la partie inférieure de la prostate est au contraire libre.

La tumeur offre sous le doigt une surface convexe, saillante, dure, qui repousse la paroi antérieure du rectum dans la lumière de cet organe.

La tension et le rénitence du kyste sont appréciées avec plus de justesse par ce moyen que par la palpation abdominale antérieure.

La sensation de flot est quelquefois très facilement appréciable par la palpation abdominale combinée au toucher rectal : les observations de Duplay et de Villar sont deux exemples où cette double fluctuation fut très bien ressentie.

Dans la première, il est nettement spécifié que « par « le toucher rectal... le doigt transmet la fluctuation à « la main placée sur l'abdomen ».

Dans la seconde, « le doigt introduit par le rectum « tombe sur une tumeur dure saillante, qui déprime la « paroi rectale antérieure. Les mouvements imprimés à « la tumeur sus-pubienne se transmettent au doigt « intrarectal ».

ÉVOLUTION & COMPLICATIONS

Le kyste, qui a pris naissance dans le cul de sac rétro-vésical, se développe. En bas il trouve un plan résistant, le plancher pelvien. Sa croissance se fera donc dans les autres directions en repoussant toutes les parties molles qui l'entourent, le péritoine, la vessie, le rectum, etc.

Lorsque son volume augmente suffisamment, et ceci après des mois et souvent des années, il commence à porter entrave au bon fonctionnement des viscères qui l'entourent.

Nous avons cru devoir placer dans le chapitre des symptômes les complications qui en résultent. Ici nous étudierons surtout une complication spéciale, l'infection de la poche kystique.

Infection de la poche kystique. — Nous n'avons trouvé que quatre cas d'infection kystique relatés dans nos observations.

D'où vient l'infection ? — nous pouvons lui trouver trois sources.

1^o Infection d'origine vésicale

2^o — — rectale

3^o — — appendiculaire

1^o *Infection d'origine vésicale* (1 cas). — Dans une des observations de Cranwell (Obs. IV), le liquide trouvé après laparatomie et incision est un liquide trouble : à l'autopsie du malade, on trouve le kyste très adhérent à la vessie mais non adhérent au rectum. En outre le malade avait présenté de son vivant des signes de cystite. Il semble bien qu'il s'agisse ici d'une infection ayant un point de départ vésical.

2^o *Infection d'origine rectale* (2 cas). — Chez le malade de Brun, il y eut, à la suite de violentes coliques, expulsion par l'anus de liquide purulent mêlé de débris d'hydatides.

Le malade de Dolbeau fut ponctionné par le rectum, il sortit 250 grammes de liquide eau de roche ; on fit alors une incision, il s'en écoula du pus et le malade expulsa ensuite une poche hydatique : dans ce second cas l'infection semble avoir été secondaire à la ponction rectale.

Dans le premier cas, l'ouverture de la poche suppurée dans le rectum permet d'affirmer presque à coup sûr l'origine rectale de l'infection.

3^o *Infection d'origine appendiculaire* (1 cas). — Il s'agit de l'observation de M. le Professeur agrégé Soubeyran, de Montpellier, observation que M. le docteur

Launay a présenté récemment à la Société de Chirurgie (obs. II).

Rappelons en quelques mots cette intéressante observation :

Malade de 34 ans qui depuis 2 ans ressent une vague douleur au bas-ventre. Brusquement signes d'appendicite aiguë ; un mois après, opération. Appendice nettement descendant jusqu'à une tumeur du petit bassin auquel il est adhérent. Tumeur infectée, tellement adhérente à la vessie qu'il est impossible de l'en séparer. Marsupialisation : quelques jours après s'échappent par la plaie des vésicules hydatiques.

Ici, M. Launay, après avoir discuté pour savoir si l'infection s'est propagée de l'appendice à la poche kystique ou si la poche infectée primitivement fut cause de l'appendicite, s'arrête à l'hypothèse de l'infection kystique secondaire qu'il considère comme plus plausible. Il fait remarquer d'ailleurs qu'il est impossible de trancher catégoriquement la question, la littérature ne contenant aucun autre fait analogue.

Les autres complications sont la *cystite*, l'*hydronéphrose* et ses conséquences, la *constipation* que nous avons étudiées au chapitre des symptômes.

DIAGNOSTIC

M. Tillaux dans sa leçon clinique du 19 février 1890, dit ceci : « La première pensée qui me vint à l'esprit en « jetant les yeux sur le malade (obs. XXVIII) fut que « j'avais affaire à une rétention d'urine. La forme arron- « die de la tumeur, sa situation sur la ligne médiane, « la fluctuation dont elle était le siège me firent croire « d'abord que je me trouvais en face de la vessie dis- « tendue et remontant jusqu'à l'ombilic ; or le malade « venait d'uriner et le cathétérisme montra que la vessie « était vide. »

C'est là une première impression que l'on trouve notée dans beaucoup d'observations : la tumeur en impose pour une vessie surdistendue. D'ailleurs la surdistention existe quelquefois, mais la voussure hypogastrique persiste presque aussi imposante après le cathétérisme.

Cette erreur du début de l'examen ne persiste pas et la tumeur est constatée. Elle est abordable par la palpation abdominale et par le toucher rectal ; celui-ci la montre pelvienne.

Saxahansley après avoir examiné son malade, (Obs. LII), pensa qu'il était atteint de sarcôme de la prostate. Il commença l'opération par l'incision périnéale et il vit sourdre un flot d'hydatides.

Tillaux crut avoir affaire à un sarcôme encéphaloïde.

Wood, (Obs. L), pratiqua sur son malade âgé de 68 ans la taille hypogastrique pour hypertrophie de la prostate et il trouva un kyste hydatique.

Dans notre cas, le diagnostic est hésitant d'abord entre un kyste du mésentère et un abcès froid partant de la branche horizontale du pubis. Le petit malade repart chez lui pendant une dizaine de jours et à son retour on obvie pour le diagnostic d'abcès froid. Une dernière hésitation incite à pratiquer une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide clair comme de l'eau de roche.

Si nous ne craignons pas de trop nous avancer, nous dirions qu'en général, sauf le cas où la ponction exploratrice révèle la nature hydatique de la tumeur, le diagnostic clinique n'est pas fait.

Nous croyons pourtant que dans certains cas il n'est pas impossible.

Les symptômes fonctionnels ne suffisent pas pour établir le diagnostic, bien qu'ils puissent mettre le chirurgien sur sa voie.

Ce sont les signes physiques qu'il faut surtout consulter. La tumeur est *dure, rénitente, arrondie et lisse*. Ces signes sont constants et, s'ils ne sont pas pathognomoniques isolément constatés, leur ensemble trouvé

sur la même tumeur du bassin permet de fortes présomptions pour le diagnostic de kyste hydatique.

Malheureusement, le seul signe vraiment pathognomonique, j'entends le frémissement hydatique, n'existe pas. A notre connaissance, il n'a été relevé qu'une fois, chez le malade de M. Tuffier dont Getten parle dans sa thèse (obs. XXXIII). C'est donc un signe parfait mais sur lequel on ne peut pas tabler.

La ponction, lorsqu'elle aboutit à la constatation de la présence du liquide eau de roche, permet de faire le diagnostic. Mais elle est quelquefois en défaut, et de l'absence de liquide il ne faut pas conclure à l'absence de kyste hydatique ; il suffit pour cela que le kyste soit plein de vésicules filles qui fuient devant le trocart comme l'intestin dans les cas d'ascite. Si le liquide n'existe pas ou est rassemblé uniquement dans les parties déclives, ou bien si l'orifice du trocart est obturé par une membrane hydatique la ponction reste blanche.

Le malade de Legrand, par exemple, subit une ponction sans résultat : le kyste existait et fut trouvé bourré d'hydatides qui y étaient serrées « comme des grains de raisin ».

En résumé, le diagnostic peut-être affirmé lorsque le frémissement hydatique existe ou que la ponction exploratrice donne un résultat positif ; il ne peut être que probable quand les signes physiques sont favorables.

Dans les cas d'hésitation, il peut être aidé par la connaissance d'un autre kyste (kyste du foie) et par les

procédés de laboratoire, recherche de la déviation du complément et de l'éosinophilie.

PRONOSTIC

Le pronostic des cas non traités est évidemment très sombre. Le malade, après avoir vu sa gêne urinaire plus ou moins compensée, finit par être emporté par l'anurie complète ou par l'infection de ses voies urinaires.

Le traitement chirurgical appliqué *avant l'infection des voies urinaires*, et sciemment sur le kyste hydatique, écarte tous les dangers qui assombrissaient le pronostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La localisation initiale du kyste a été assez peu controversée.

CHARCOT, le premier, dans le mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin qu'il lut à la Société de Biologie en 1852 écrit : « Nous ne croyons pas nécessaire d'ajouter, que suivant nous, c'est primitivement « sous le péritoine, dans le tissu cellulaire recto-vésical « que le kyste a pris naissance. »

Plus tard DAVAINÉ exprime la même opinion dans son traité des Entozoaires : « les kystes hydatiques de la « cavité pelvienne se développent ordinairement dans le « tissu cellulaire extra péritonéal qui revêt les organes « contenus dans cette cavité ; chez l'homme, elles n'ont « pas d'autre siège primitif. »

WALTHER dans une autopsie trouva un petit kyste du bassin et il observa que le dit kyste était situé au-dessus de la prostate dans un dédoublement de l'aponévrose prostatopéritonéal.

TUFFIER au Congrès de Chirurgie français de 1891 place ces kystes également sous le péritoine et dit :

« qu'ils soulèvent à mesure qu'ils se développent, le
« péritoine de la face postérieure de la vessie, le refou-
« lent en avant, et en haut, et viennent se mettre en
« rapport avec la paroi abdominale, en coiffant, en quel-
« que sorte la vessie. »

Tous sont d'accord pour dire que ces kystes se déve-
loppent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du cul-
de-sac rétro-vésical. « Placés en ce point ils acquièrent
« promptement des adhérences avec le rectum et surtout
« la vessie et la prostate. Les adhérences avec les dits
« organes sont d'ordinaire si intimes que quelques auteurs
« ont localisés ces kystes dans la vessie ou dans la pros-
« tate. (Cranwell) ». C'est le cas de Legrand qui en 1890
publie sa thèse inspirée par Tillaux dans laquelle il veut
prouver que le kyste est vésical et situé « tantôt dans la
« tunique musculaire, tantôt entre la tunique musculaire
« et la muqueuse, tantôt entre la tunique musculaire et
« la séreuse ». (*Thèse de Legrand, 1890. Conclusions*).

Les observations sur lesquelles se base Legrand
pour soutenir sa thèse ne sont rien moins que proban-
tes et aucune preuve anatomique ne vient satisfaire
cette hypothèse. Il est évident que rien ne s'oppose à
cette localisation de l'embryon hexacanthé qui choisit
son lieu d'élection un peu dans tous les tissus ; mais,
néanmoins, les observations sur lesquelles on doit tabler
ne sont pas démonstratives, et nous nous en tiendrons
à l'opinion des auteurs cités plus haut.

Si, pourtant ! une observation et une seule peut être
discutée à ce point de vue, c'est celle de Lesauvage ;

voici le passage intéressant : « A un grand pouce de
« cette partie (col de la vessie), il existait une ouverture,
« qui conduisait dans une cavité qui aurait pu contenir
« un verre de liquide. Cette ouverture était de forme
« ovalaire, et avait près d'un pouce de hauteur. La cir-
« conférence était comme frangée dans quelques points,
« et les portions de frange qui étaient une continuité
« de la muqueuse avait la couleur noirâtre qu'on re-
« marquait dans cette membrane. Il fut bien évident que
« l'arrière cavité qui répondait à la paroi antérieure du
« rectum, était formée du corps même de la vessie, et
« les fibres musculaires y étaient aussi apparentes qu'à
« l'intérieur de la cavité principale ».

Là, la preuve anatomique existe. La présence dans la paroi postérieure de la tumeur de fibres musculaires analogues à celle de la vessie suffit pour montrer que le kyste s'est placé soit dans l'épaisseur de la musculaire, soit entre la musculaire et la muqueuse.

Sauf cette exception, on peut donc dire que *c'est toujours dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du cul-de sac rétro-vésical* que se développe le kyste hydatique du petit bassin chez l'homme.

Rapport avec le péritoine. — La tumeur qui naît sous le péritoine soulève, en croissant, celui-ci vers le haut et en reste coiffé sur toute sa surface libre comme un utérus gravide. Chez notre malade le docteur Veau avant l'extirpation du kyste commença par inciser le péritoine et le décoller de sur la tumeur.

Rapport avec la vessie. — La vessie semble être le premier organe qu'atteigne et que lèse la tumeur. Dans la plupart des cas, la vessie, prise par son bas-fond, est refoulée en haut et en avant, et se trouve rejetée et collée contre la paroi abdominale antérieure. Ce déplacement vésical, qui explique la présence des symptômes : pollakiurie, douleur de la miction, dysurie, rétention, est accompagné de nombreuses et solides adhérences. Dans presque toutes les autopsies on retrouve à peu près ce passage : « dans le bassin, un grand « kyste adhérent à la vessie et au rectum et comprimant « ces organes » (Tickell).

Dans l'extirpation du kyste de notre malade, le Docteur Veau eût à lutter contre ces adhérences et, même, l'extirpation faite, il constata à la partie antéro-inférieure de la tumeur des fibres musculaires appartenant à la paroi vésicale au niveau de son bas-fond.

Lorsqu'il y a inflammation nécrosante au niveau de ces adhérences, le kyste peut s'ouvrir dans la vessie ; c'est ce qui se présenta dans le cas de Lesauvage dont nous avons parlé plus haut et aussi dans le cas de Tyson où « le kyste hydatique avait comprimé les ure-
« tères avant de s'ouvrir dans la vessie ». Mais le malade succomba à une hydronéphrose infectieuse qui précédait l'ouverture de la poche.

Les parois vésicales peuvent être très épaissies. (obs. XXII).

On constate parfois de la surdistension de la vessie mais dans le cas de Feenwick que nous avons déjà cité

la vessie fut trouvée vide, car, là, la compression avait lieu en amont, au niveau des uretères.

Rapports avec les uretères.— Nous n'avons trouvé qu'un cas où les uretères aient été adhérentes à la tumeur (obs. IV) mais par contre, fréquemment, c'est-à-dire chaque fois que la tumeur a atteint un volume suffisant, les uretères ont été comprimés. De cette compression résulte, en amont, une surdistension des uretères et même des bassinets et des calices.

Sur les 58 cas que nous citons, les auteurs eurent l'occasion de faire 24 autopsies dont 10 permirent de constater ces lésions.

Rapprochons dans un seul résumé ces 10 cas :

Obs. XI. — Uretères aussi larges que des intestins d'enfants ; reins semblant de larges sacs membraneux.

Obs. XII; XLIV, LI. — Dilatation des uretères et des bassinets (avec pus dans la vessie de XLIV).

Obs. XIX, L. — Uretères et reins distendus.

Obs. XLVIII. — Uretères très dilatés, et les 2 reins réduits de volume avec hydronéphrose.

Obs. III. — Compression des uretères, qui sont très dilatés, de même que les bassinets rénaux. Les reins sont augmentés de volume, durs et d'une couleur rouge intense ; en les coupant il sort peu de sang ; la capsule se détache facilement.

Obs. V. — Le bassinet gauche est distendu de même que l'uretère qui a un diamètre de 6^{mm} et qui, avant de se jeter dans la vessie, contourne la face latérale de la

poche kystique à laquelle il adhère et qui le comprimait sur l'os iliaque. Le rein droit est encore plus altéré son volume est d'un tiers de celui d'un rein sain ; il est réduit à une petite bourse qui s'est formée par distension progressive du bassin. Cette poche est pleine de pus ; l'uretère correspondant qui a 1 cm. est plein de pus. La vessie contient 200 grammes de pus jaune verdâtre.

Rapports avec le rectum. — La compression de cet organe est d'autant plus marquée que la tumeur est plus développée et mieux retenue enclavée dans le petit bassin.

Le rectum est aplati contre la paroi postérieure du bassin, dans la concavité du sacrum et semble en général rester sur la ligne médiane. Une fois chez le malade de Millet (1884), il était fortement rejeté à gauche et, dans ce cas, la tumeur s'était franchement développée vers la droite du bassin.

La lumière de l'organe est plus ou moins obstruée et le doigt introduit pour le toucher explorateur permet d'apprécier la forme, le volume et la consistance de la tumeur.

A l'autopsie, la tumeur et le rectum sont fréquemment très adhérents.

A l'autopsie de son malade, Morand trouve un kyste hydatique « qui s'allongeait derrière le col de la vessie. « remplissant tellement le bassin qu'à peine l'intestin « rectum y pouvait trouver place. »

Chez notre malade, les adhérences recto-hystiques n'existaient pas. Pendant l'opération le rectum mis à nu était encore recouvert d'une couche de tissu cellulaire.

Comme pour la vessie on peut constater pour le rectum l'ouverture spontanée de la tumeur dans cet organe. Le malade de Brun (Thèse de Paris, 1834) à la suite de violentes coliques rend par l'anus un liquide purulent mêlé de débris d'hydatides.

Rapports avec la prostate. — La tumeur peut être totalement indépendante de la prostate. Quelquefois elle est plus ou moins adhérente.

Rapport avec les vésicules séminales et les canaux déférents. — Une fois, Guerbois et Pinault notent une vésicule séminale droite adhérente à la tumeur. Dans le cas de Feenwick, les vésicules étaient refoulées sur les côtés. Nous regrettons que ces rapports n'aient pas été recherchés avec plus de constance par les auteurs.

Dans notre cas, le canal déférent droit a été décollé de la paroi du bassin au moment de la rupture des adhérences.

Rapports avec l'intestin et l'épiploon. — Rarement des brides péritonéales ont relié l'intestin à la tumeur.

Le docteur Veau pour pénétrer jusqu'à la tumeur fut obligé de sectionner l'épiploon qui était collé sur la paroi antéro-supérieure du kyste.

TRAITEMENT

En rassemblant les résultats des 58 observations que nous avons recueillies, nous avons pu former le tableau suivant :

	Nombre de cas	Guérison	Morts	Résultats inconnus
Cas non traités	17	»	17	»
Marsupialisation	10	9	1	»
Ponction de la vessie	3	»	3	»
— du kyste par voie abdominale	6	4	1	1
— par voie rectale	3	»	3	»
Incision abdominale	2	2	»	»
— par le rectum	2	2	»	»
— — périnée	6	6	»	»
Laparot. séchage et vidage puis abandon et suture abdominale	2	1	1	»
<i>Extirpation totale du kyste</i>	1	1	»	»
Réduction comp. sans drain	1	1	»	»
Cystotomie hypogastrique	2	1	1	»
— périnéale	1	1	»	»
Ouv. spont. par le rectum	1	»	»	1
— accid. par cathéter.	1	1	»	»
Total.....	58	29	26	3

Ce qui fait au total pour 58 cas, 29 guérisons, 26 morts et 3 résultats inconnus.

Mais nous devons éliminer les 17 cas non traités qui donnent 17 morts et pour la plupart desquels le kyste fut une trouvaille d'autopsie. Nous trouvons alors pour *41 cas, 29 guérisons, 9 morts et 3 résultats inconnus.*

Au point de vue de l'étude du traitement nous ne devons pas tenir compte de toute une série d'interventions qui furent entreprises évidemment par erreur de diagnostic et comme traitement symptomatique. Tels sont les ponctions de la vessie et la taille.

Restent la ponction, la marsupialisation, l'extirpation totale et la réduction sans drainage.

Ponction. — La ponction permet d'obtenir une amélioration momentanée du côté des organes pelviens comprimés, mais ce n'est évidemment qu'un traitement palliatif sur lequel nous n'insisterons pas. Nous dirons seulement que sur 6 ponctions par la voie hypogastrique, nous avons trouvé 4 guérisons, 1 mort et 1 résultat inconnu. Par la voie rectale, la ponction fut pratiquée 3 fois et il y eut 3 morts dues : 1, à la péritonite (Lesauvage) ; une autre à la cachexie infectieuse (Velpeau) ; la troisième à l'anurie, conséquence des lésions d'hydronéphrose et de néphrite qu'on remarqua à l'autopsie (Feenwick).

Marsupialisation. — La marsupialisation fut le mode de traitement le plus employé et ses résultats furent

régulièrement bons. En effet sur les 10 cas que nous avons réunis, il y a 9 guérisons et une seule mort chez un malade dont l'état général était très mauvais et à l'autopsie duquel on trouva une hydronéphrose avec atrophie du parenchyme rénal. La marsupialisation semble donc être, au point de vue du résultat final, une bonne intervention. Mais son inconvénient le plus grave réside dans le fait de laisser une plaie béante qui immobilise le malade pendant des semaines. La fermeture et la cicatrisation de la plaie opératoire sont obtenues au bout d'un laps de temps variant de 1 mois (cas de Villar) à 2 mois 1/2 (cas de Tuffier et de Hartmann).

Extirpation totale. — Nous n'avons pu trouver qu'un cas d'extirpation totale de la tumeur : c'est celui opéré par le Docteur Veau. Nous y reviendrons plus loin.

Réduction sans drainage. — Nous n'en avons également qu'un exemple intéressant donné par Getten dans sa thèse (obs. XXX).

« ... la poche est vidée, irriguée par un antiseptique destiné à détruire le pouvoir germinatif de la membrane prolifère, puis séchée et abandonnée sans drainage dans la cavité péritonéale. Guérison ».

Monsieur le Professeur Second avait proposé l'ouverture du kyste par le périnée et drainage. Albarran

dit à ce propos. « La voie opératoire suivie par M. Segond, « est, évidemment celle qui devra s'imposer pour un « grand nombre de cas ; l'opération est, en effet, d'une « très grande simplicité, et le drainage se fait naturelle- « ment par le point le plus déclive. »

Beaucoup d'auteurs rejettent cette intervention périnéale comme secondairement dangereuse. M. Tuffier au congrès de Chirurgie de 1891 dit que ce qu'il faut surtout éviter c'est la suppuration secondaire du kyste et qu'à ce sujet la voie périnéale est dangereuse : « Ces kys- « tes doivent être attaqués par la paroi hypogastrique, « vers laquelle ils se dirigent naturellement ; c'est la « vraie voie que nous indique l'évolution naturelle de « ces kystes qui viennent pour ainsi dire au-devant de « vous dans cette région. »

M. le professeur Hartmann (1) se rallie à cette idée que l'intervention doit avoir lieu par la voie hypogastrique.

C'est évidemment par cette voie que le chirurgien peut arriver directement sur la tumeur, se rendre compte de son état et de ses rapports, et agir d'une façon sûre et aussi large que possible.

Il faut donc une fois le diagnostic posé, commencer par la laparotomie. Nous ne croyons pas que le chirurgien puisse, avant celle-ci, décider d'une façon sûre le mode opératoire qu'il emploiera. Il y a toujours (les nombreuses autopsies nous l'ont montré) une part d'im-

(1) Hartmann. — *Travaux de chir. anatomo-clinique*, 1904.

prévu. L'examen clinique du malade, si bien qu'il ait été mené, ne peut renseigner sur certaines particularités (tant dans la nature que dans les rapports de la tumeur) qui sont décelées pendant le cours de l'opération.

Ici, qu'il nous soit permis de séparer les cas en deux :

Il y a infection du kyste.

Il n'y a pas infection du kyste.

S'il y a infection du kyste, la marsupialisation s'impose. En effet, quelle autre solution serait moins dangereuse et plus avantageuse ? Le kyste infecté a dû contracter des adhérences multiples, son extirpation serait impossible ou dangereuse. Monsieur Launay s'est bien attaché à montrer, dans son rapport à la société de chirurgie, que la marsupialisation était le traitement du kyste pelvien infecté et devait lui être réservé.

Il n'y a pas infection du kyste. Ici le choix est plus grand. La marsupialisation est possible et a toujours donné des résultats satisfaisants, mais on peut mieux faire. La marsupialisation a le très gros inconvénient, nous l'avons vu, de laisser après elle, cette plaie non fermée qui est longue à guérir. Supprimer cette longue période des pansements, c'est éviter au malade une période pénible à supporter, c'est le rendre à la vie sociale deux mois plus tôt, c'est éviter au chirurgien le souci de voir survenir des complications.

Quelle intervention lui préférer ? — L'*extirpation totale* chaque fois qu'elle est possible. Nous n'en avons qu'un exemple, c'est celui de notre malade.

L'extirpation a été complète, bien que des adhérences aient rendu la chose un peu délicate. Mais il est probable que dans bien des cas elle serait impossible.

Dans certaines autopsies, les adhérences trouvées au niveau de la tumeur étaient considérables et il est évident que, dans des cas analogues sur le patient, l'extirpation serait très pénible et très longue, sinon impossible.

L'extirpation totale nous paraît être la solution la plus élégante : elle détruit d'un coup, séance tenante, la cause du mal, elle évite la rechute qui peut exister avec les autres méthodes, elle donne une cicatrisation par première intention. Monsieur le Docteur Launay la présente comme méthode de choix.

Quand l'extirpation est impossible ou contrindiquée, il faut se contenter alors de la réduction sans drainage comme elle a été indiquée précédemment.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation du Docteur Veau. — *Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas, adhérent à la vessie chez un enfant de 7 ans.*

Le 18 novembre 1912, l'enfant D... André, âgé de 7 ans entre à l'Hospice des Enfants Assistés pour une tumeur abdominale,

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant.

Depuis 1 an environ, l'enfant venait à la consultation de médecine parce qu'il était faible, ne mangeait pas et accusait des douleurs généralisées et mal localisées.

Mais, ayant passé l'été dernier à la campagne, il était revenu ayant augmenté de quatre kilos et se portait bien.

Dès novembre 1912, il commença à maigrir, et, lorsqu'il se présenta à la consultation de médecine, Monsieur Grenet remarqua à l'examen une tumeur abdominale ; il l'envoie en chirurgie.

Dans le service, on constate une tumeur s'étendant presque du pubis à l'ombilic, mate à la percussion, semblant adhé-

rer à la paroi abdominale. Au toucher rectal cette tumeur très accessible semble partir de la branche horizontale du pubis.

Le *diagnostic* est à faire entre un kyste du mésentère et un abcès froid partant du pubis,

L'enfant reste couché chez lui pendant dix jours avec des compresses chaudes, puis rentre dans le service le 28 novembre.

La tumeur a augmenté de volume, et, à la palpation, l'enfant accuse une douleur marquée dans la fosse iliaque droite et dans toute la zone qui avoisine la tumeur.

Le 2 décembre, on pratique une ponction qui donne issue à un liquide clair comme de l'eau de roche ; aussi change-t-on le diagnostic porté jusqu'alors d'abcès froid pubien pour celui de kyste hydatique. L'examen microscopique montre des *vesicules prolifères* encore adhérentes à la membrane et le liquide centrifugé renferme de nombreux scolex ; il n'y a pas ou peu de crochets libres. Après la ponction, la tumeur disparaît.

Le 3 décembre survient une poussée d'*urticaire* sur la poitrine et la face, éruption qui disparaît dans la nuit.

L'enfant ayant quitté l'hôpital le 5 décembre y revient le 23 janvier 1913. L'état général est resté stationnaire ; le malade a des crises douloureuses après l'ingestion des aliments et pendant les efforts de défécation ; il ne supporte pas la position assise et se met à genoux pour manger. Il urine souvent, et, bien que ne souffrant pas la nuit, il se réveille chaque nuit pour uriner.

La tumeur, reproduite, s'étend au-dessous de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane, descendant jusqu'au pubis. Elle est arrondie et semble un peu bosselée du côté droit, croisée par un corps mou qui paraît être l'intestin, La matité

est absolue, la pression provoque une douleur intense. Au toucher rectal, la tumeur remplit le petit bassin.

Opération. — Incision médiane, de l'ombilic au pubis, mais la partie supérieure seule de l'incision peut être utilisée, la vessie remontant sous forme de boyau. Je suis bien passé à droite de la vessie mais malgré cela elle empiétait encore de plus d'un tiers sur la partie inférieure de l'incision.

Des anses intestinales masquent complètement la tumeur qui n'apparaît pas quand le malade est renversé. L'épiploon est adhérent sur une petite étendue ; je le sectionne.

La poche est ponctionnée, je laisse écouler un peu de liquide que je remplace par 10 grammes de formol à 1 o/o.

La tumeur est ensuite enlevée comme un utérus : section du péritoine sur la tumeur en arrière de la vessie, décortication du péritoine jusqu'à la vessie. La libération de la vessie est difficile ; c'est en allant de dehors en dedans qu'on arrive à circonscrire la zone la plus adhérente qui correspond au bas-fond vésical. A ce niveau, des fibres musculaires restent adhérentes à la paroi de la tumeur, c'est là aussi qu'il y a eu du sang et une pince à poser.

Dans toute cette décortication, je me suis tenu en dehors de l'adventrice, j'ai enlevé le kyste en bloc comme une tumeur.

Quand l'ablation fut achevée, le petit bassin apparut net : les uretères faisaient saillie, recouverts de tissu conjonctif, le droit plus apparent que le gauche. Les deux canaux déférents étaient visibles, le gauche encore collé à la paroi du petit bassin, mais le droit était libre, décollé par la décortication de la tumeur.

Le rectum n'est pas à nu il apparaît dans le petit bassin recouvert de tissu conjonctif.

Je termine l'opération par une péritonisation facile, je place un drain.

Résultat opératoire. — Le soir de l'opération et le lendemain matin, la température monte à 38° 4. Depuis elle reste normale, ne dépassant guère cette normale, le soir que de deux dixièmes.

L'enfant a peu souffert, il ne s'est jamais plaint pendant les mictions, il n'a pas uriné de sang. Pendant les premiers jours, il urinait souvent mais sans souffrir.

Le drain a été enlevé quarante-huit heures après l'opération, et les fils 5 jours.

Les douleurs violentes que l'enfant accusait avant l'opération ont disparu, la station assise est possible.

L'enfant revu le 1^{er} avril était en excellent état et avait engraisé.

OBSERVATION II

Observation du docteur Soubeyran (de Montpellier). — *Kyste hydatique du cul de sac de Douglas. Mersupialisation abdominale. Guérison.*

L... Antoine, d'Arles, âgé de 34 ans, employé au P. L. M. entre dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran, salle Buisson, n° 10, le 26 juillet 1904.

Le malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite.

Rien dans ses antécédents soit héréditaires, soit personnels.

Le malade affirme n'avoir jamais eu de chiens chez lui. En outre, chose remarquable, il n'a jamais présenté de troubles urinaires.

Depuis environ deux ans, le malade ressent de vagues douleurs au niveau du bas ventre. Pas de localisation au point de Mac Burney. Jamais de vomissements. Constipation habituelle. Le 28 juin 1904, sans avoir commis d'excès, sans fatigue préalable, brutalement, comme un coup de couteau, le malade ressent une douleur vive dans la région appendiculaire, à 7 heures du matin.

Il peut à peine marcher. Dix minutes après vomissements peu abondants, grisâtres.

Deux heures plus tard, nouvelle crise douloureuse, suivie de syncope passagère avec nouveaux vomissements. Un médecin consulté ordonne une purge. Depuis ce moment, cessation complète des crises. Une douleur vague dans la région appendiculaire persiste seule. On prescrit des frictions à la pommade mercurielle belladonnée.

Inquiété par la possibilité de nouvelles crises, et conseillé par son médecin, le malade entre le 26 juillet 1904 dans un service chirurgical.

Homme bien constitué. A l'examen de l'abdomen, on ne trouve pas de douleur spontanée. Le malade accuse un peu de sensibilité à la pression, au point de Mac Burney. On sent un peu au-dessous de ce point, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction allongée verticalement, cylindrique, un peu plus grosse que le pouce, on pense à une appendicite en voie de refroidissement, avec peut-être une collection iliaque.

Le 4 août on opère le malade ; après anesthésie au mélange d'éther et de chloroforme M. Soubeyran pratique l'inci-

sion de Roux. Après d'urèse des plans musculaires, le péritoine est incisé et repéré.

L'appendice est facilement trouvé, un peu augmenté de volume et adhérent sur tout son parcours, au péritoine de la fosse iliaque. Il est très descendant, s'enfonce dans le petit bassin et il est impossible d'atteindre avec le doigt son extrémité. De plus, cette extrémité, qui descend en avant du rectum, adhère au rectum et à la tumeur kystique dont nous allons parler.

L'appendice est réséqué. On touche le moignon au thermocautère et on l'enfouit. Cette première partie de l'intervention pratiquée, on trouve dans la fosse iliaque droite une petite tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, blanchâtre, ressemblant à s'y méprendre à un ganglion caséifié.

Cette tumeur est recouverte par le péritoine, qui se continue sur la vessie. On incise le péritoine et on cherche à séparer la tumeur de la vessie, ce qu'il est absolument impossible de faire, à cause de son adhérence intime avec cet organe. Sous l'influence des effets d'extirpation, la tumeur, très adhérente et fragile, se crève et des matières pseudo-sébacées en sortent.

On pratique alors plus profondément l'exploration avec la main, et l'on s'aperçoit que cette tumeur se continue dans la profondeur de l'excavation du petit bassin, en avant du rectum, qu'elle déborde à droite, en arrière de la vessie, paraissant adhérer intimement avec cette dernière.

À l'expression, il s'en échappe un liquide abondant légèrement trouble (les vésicules n'apparaissent qu'au premier pansement). Après résection de la partie supérieure de la poche, les bords en sont marsupialisés, puis un drain très long est enfoncée dans la cavité, dont la hauteur mesure de 15 à 18 cen-

timètres. De plus, un aide introduit son doigt dans le rectum, et il sent très bien au niveau de la prostate le drain qui butte contre la paroi de la poche. Suture de la paroi à deux plans et fixation du drain. On était en présence d'un kyste rétro-vésical, peut-être hydatique.

5 août. Quelques vomissements chloroformiques, ventre souple, pouls 90, température 37,3.

7 août. Premier pansement : la plaie va très bien, un liquide louche citrin s'écoule par le drain et est peu abondant. Pouls 90, température 37,2.

10 août. *En faisant le pansement on aperçoit entre l'ouverture de la poche et le drain une vésicule hydatique flasque, paraissant morte, de volume d'une noix. Une dizaine de calibres différents sortent aussi. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique.*

14 août, les fils sont enlevés. Réunion par première intention de la paroi.

Le kyste suppure beaucoup et quelques vésicules mortes s'extériorisent. Bon état général, l'appétit et les selles sont parfaits.

Temp. 37°. Pouls, 80.

20 août. A 1 heure du matin le malade eut un violent point de côté au milieu de l'omoplate droite. Temp, 38°1, crachats sanglants fibrineux. Matité et exagération de vibration dans la région moyenne du poumon droit. On diagnostique une congestion pulmonaire et on donne un patron à l'ipéca. La plaie est en parfait état.

22 août. On retire le drain et on bourre le trajet à la gaze iodoformée.

29 août. — Deux bésicules s'éliminent encore, la congestion pulmonaire est complètement guérie.

Le 10 septembre. Sort guéri, son état général est parfait, sa cicatrice est solide. Pendant la convalescence les fonctions urinaires et digestives ont été régulières.

OBSERVATION III

Observation de Cranwell (de Buenos-Ayres)

S... V., 18 ans, journalier de nationalité argentine né à Dolore, province de Buenos-Ayres. Il entre dans le service de chirurgie de l'Hôpital des Cliniques, le 18 novembre 1902.

Antécédents. — Il y a neuf ans, il entra dans ce même hôpital avec un kyste hydatique du foie ; on lui fit des ponctions et le malade se trouve bien après cette opération.

Il y a à peu près trois mois, à l'occasion d'une atteinte d'influenza, son médecin lui dit qu'il avait un kyste du foie, mais le malade dit que jusqu'alors il n'en avait pas du tout souffert.

Dernièrement, le kyste commença à croître et c'est alors qu'il ressentit quelques douleurs.

Etat actuel. — Hypocondre droit considérablement augmenté de volume par une tumeur qui descend jusqu'à l'ombilic, présentant tous les caractères d'un kyste hydatique du foie.

La limite hépato-pulmonaire sur la ligne mammaire se trouve au niveau de la 4^e côte et l'espace de Traube est mat, cette matité se confondant avec la matité hépatique.

Opération. — 17 décembre 1902. On trouve un grand kyste hydatique de la face antéro-supérieure du foie ; on ouvre, on extrait le liquide et la membrane mère et l'on ferme complètement en fixant à la paroi.

La plaie se ferme par première intention ; mais, le 5 janvier 1903, le malade a la fièvre, une urticaire généralisée apparaît et la plaie opératoire se tuméfie, l'hypocondre droit étant augmenté de volume. Le 7 janvier on rouvre la plaie et il sort une grande quantité de sérosité mélangée à du pus ; l'urticaire continue très intense. Le 30 janvier le malade empire ; il a de la fièvre intermittente, des frissons et des sueurs ; on rouvre alors la plaie plus largement et il sort environ 1 litre 1/2 de pus fétide ; on laisse un bon drainage et le malade s'améliore rapidement et sort guéri de l'hôpital.

Il y rentre, à nouveau, en septembre 1903, se plaignant de troubles uinaires et de troubles urinaires et de constipation. Il y a de la pollakiurie et une constipation alternant avec des crises de diarrhée. Le malade présente dans l'hypogastrie et dans la fosse iliaque droite une série de petites tumeurs, dont la grosseur varie entre celle d'une noix et d'une orange, dures et un peu douloureuses à la pression ; par le toucher, rectal, on trouve, entre la vessie et le rectum, une tumeur rénitente, lisse et qui, par sa compression, diminue notablement la lumière du rectum. On pratique alors une laparotomie sous-ombilicale : on extirpe une série de petits kystes de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite, puis on vide et on marsupialise le plus grand kyste qui était logé entre la vessie et le rectum. Le malade guérit au bout d'un mois.

Peu de temps après il revient avec l'hypocondre droit très augmenté de volume et il est opéré d'un autre kyste du foie par voie transpleurale, marsupialisation et drainage. La poche suppure abondamment, et, deux mois plus tard, le malade a une pleurésie purulente qui nécessite une intervention (pleurotomie avec résection d'une côte).

Le malade, après diverses alternatives, s'améliore ; mais

le kyste du foie opéré dernièrement donne toujours une petite quantité de pus.

Le malade commence à souffrir dans les premiers jours de juin, de douleurs de tête, de fièvre, de vomissements ; il a une attaque de convulsions et perd connaissance dans la nuit du 7 juin. Le jour suivant le malade présente une céphalalgie frontale intense et éprouve de la difficulté à remuer les bras et les jambes ; il ne peut s'asseoir sur son séant, dans son lit, qu'avec grande difficulté ; les réflexes sont exagérés, il y a paralysie du facial gauche, légère avec dysarthrie. Les attaques de convulsions se répètent deux ou trois fois par jour et le malade meurt le 11 juin.

Autopsie. — Cadavre d'homme en bon état de nutrition, squelette bien développé ; abondant panicule adipeux ; Il présente dans la région dorsale, côté droit, et sur la ligne axillaire postérieure, deux plaies superposées de 3 centimètres chacune et en voie de cicatrisation ; leurs bords sont lisses, fibreux et il en sort un pus jaune et épais. La plaie supérieure est située sur la 8^e coté qui a été réséquée, et communique avec le foie. Sur la ligne médiane il y a deux cicatrices ; l'une sur l'appendice xiphoïde, de forme arrondie, de 8 centimètres de diamètre ; l'autre linéaire, commençant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et s'étendant vers le bas d'une quinzaine de centimètres ; leur peau est très fixe, d'une couleur d'un blanc nacré et elles sont parsemées de petits plis dans toutes les directions.

La plèvre droite présente dans toute son étendue de fortes adhérences qui se détachent avec difficulté, principalement autour de la blessure décrite ; la plèvre gauche présente aussi beaucoup d'adhérences et il y a entre ses feuilletts environ 500 centimètres cubes de liquide hémorragique.

Le poumon droit est diminué de volume ; le lobe supérieur crépite peu à la pression, le moyen et l'inférieur ne crépitent pas et ont un aspect charnu. La section du lobe supérieur laisse échapper un liquide sanguinolent et aéré ; les lobes inférieurs ont très peu de sang et sont durs ; un morceau jeté dans l'eau va au fond du vase.

Dans la partie postérieure du lobe inférieur, il y a une cavité de la grosseur d'une noix, des parois grosses, d'aspect fibreux, et pleines d'un liquide purulent, jaune et semi-fluide ; cette cavité communique avec la blessure externe.

Le poumon gauche est de couleur rouge foncé ; il crépite peu à la pression et en le coupant il sort en abondance un liquide sanguinolent et aéré.

Le péricarde renferme environ 20 centimètres cubes de liquide citrin et ses feuillets sont tisses et brillants.

Le cœur de couleur violacée, flasque, présente à sa surface de la graisse en petite quantité ; ses cavités renferment des caillots fibrino-cruoriques très adhérents ; ses valvules sont lisses et transparentes ; le muscle, de couleur rouge, est dur à la pression.

Le foie présente un lobe gauche très augmenté de volume ; son lobe droit est très atrophié. Il adhère par sa partie postérieure à la paroi par des tractus fibreux qui, en sortant de sa masse, forment un trajet fermé pour s'ouvrir à l'extérieur par la plaie mentionnée antérieurement ; ce trajet débouche dans le foie dans une petite cavité diverticulaire de la grosseur d'une noix, plus ou moins, dont les parois sont fibreuses et dures, et qui contient une substance purulente épaisse et grumeleuse.

La surface de l'organe est lisse, de couleur rouge jaunâtre à la section, la coloration devient plus claire, il sort des vais-

seaux peu de sang et le parenchyme se déchire avec une facilité relative.

La rate est augmentée de volume, sa surface est lisse ; en coupant, on trouve une pulpe friable de couleur, lie de vin.

Les anses intestinales présentent quelques adhérences entre elles ; les anses supérieures offrent des adhérences fibreuses et résistantes avec la paroi abdominale, à la hauteur de la cicatrice inférieure de la ligne médiane. Le cœcum est aussi soudé à la paroi ; le côlon ascendant est très dilaté, son angle se trouvant placé entre le foie et la paroi abdominale.

En arrière de la vessie, il y a deux tumeurs, l'une plus grande qu'une orange, l'autre plus petite, de surface lisse et de couleur blanc nacré ; elles sont rénitentes à la pression et donnent une sensation de fluctuation ; à l'incision, il sort de leur intérieur un liquide cristallin et la membrane mère. Elles présentent de fortes adhérences avec la vessie et des adhérences plus faibles avec le rectum, et compriment les uretères, qui sont très dilatés, de même que les bassinets rénaux.

Les reins sont très augmentés de volume, durs et d'une couleur rouge intense ; en les coupant il sort peu de sang ; la capsule se détache facilement.

En ouvrant la cavité crânienne, on note que les méninges sont totalement recouvertes par un pus de couleur jaune verdâtre et d'odeur fétide ; ce pus est beaucoup plus abondant à la base. En comprimant les hémisphères cérébraux, il sort une grande quantité de ce même pus des ventricules. Les méninges médullaires sont également recouvertes par un pus du même aspect.

OBSERVATION IV

Observation de Cranwel (de Buenòs-Ayres)

Ramond P. . . , âgé de 20 ans, journalier, Argentin, venant de Loberia (province de Buenos-Ayres) entre à l'hôpital le 6 mai 1903.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels : il n'a pas eu la syphilis, ni la blennorrhagie ; il est amateur de boissons alcooliques ; il dit qu'il n'a jamais eu d'autres maladies que celle qu'il a maintenant. Il y a 3 mois il souffrit d'une attaque de rétention d'urine qui l'obligea à se faire sonder par un médecin ; il commença, en même temps, à présenter une constipation qui a duré jusqu'à maintenant avec des alternatives de diarrhée. La rétention d'urine, loin de s'améliorer, continue à empirer ; le malade raconte qu'il fait des efforts extraordinaires pour uriner, mais, comme unique résultat, il parvient seulement à émettre quelques gouttes de sang rouge ; il a observé quelquefois une perte d'urine involontaire pendant le sommeil ou même pendant la veille. Il s'est plaint de vomissements alimentaires quelques minutes après le repas ; il a eu des frissons, plusieurs fois de la douleur dans le dos et à la tête, de la toux et des crachats sanguinolents.

Depuis 8 jours, ses souffrances ont augmenté et il a besoin d'être sondé fréquemment.

Elat actuel : sujet de peau brune stature moyenne, bon squelette, mais avec un rare panicule adipeux ; anémie prononcée de la peau et des muqueuses ; son facies dénote une grande souffrance ; il marche courbé en deux et se comprime

la région ombilicale avec les mains ; il se plaint de grandes douleurs dans l'épigastre et de fréquentes envies d'uriner sans résultats malgré de grands efforts ; il perd en même temps involontairement des matières fécales liquides.

La langue est très sèche et présente près de la pointe quelques points noirâtres ; les lèvres sont sèches avec des excoriations et il se plaint d'une grande soif.

On lui sonde la vessie et on extrait environ un litre d'urine trouble. A l'inspection, on note que la partie infra-ombilicale du ventre est régulièrement gonflée ; son point culminant se trouvant dans la ligne médiane au-dessus du pubis. A la palpation on perçoit une tumeur piriforme, lisse, rénitente, peu douloureuse à la pression ; cette tumeur, quoique placée dans la région médiane, paraît déviée un peu à droite, dépasse le pubis d'environ quatre travers de doigt, est immobile et paraît très enclavée dans le bassin ; on en peut palper que la partie supérieure. On trouve au toucher rectal, entre la vessie et le rectum, une tumeur qui occupe presque tout le bassin et fait disparaître le calibre du rectum ; cette tumeur est lisse et rénitente est paraît être la même que celle que l'on palpe dans l'hypogastre.

Opération, 6 mai. — Laparatomie sous ombilicale. Incision d'un kyste à contenu trouble, de la grosseur d'une tête d'enfant que l'on marsupialise et qu'on draine. Mort quelques heures après l'intervention.

Autopsie. — Examen externe. — Le sujet est de taille moyenne ; il a une bonne conformation du squelette et un développement pauvre des muscles et du panicle adipeux. La rigidité cadavérique est généralisée.

Au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen, il y a une plaie chirurgicale qui a une longueur de quatre travers de doigt.

Examen interne: — A) Cavité thoracique: — La cavité du thorax est diminuée de volume parce que le foie, qui a une grosseur plus grande que la grosseur normale, refoule le diaphragme.

Le péricarde, le myocarde et l'endocarde se trouvent en conditions normales. Il y a seulement de pathologique au cœur, une dilatation légère du ventricule droit et de son orifice auriculo-ventriculaire.

Les cavités pleurales qui sont libres contiennent chacune une centaine de grammes d'un liquide très sanguinolent ; les séreuses sont très lisses et brillantes.

Les poumons se rétractent peu après l'ouverture de la cavité thoracique ; leur consistance est plus grande que la normale et ils crépitent peu à la pression. Une abondante quantité de liquide séro-sanguinolent et aéré sort de la surface de section ; ce liquide provient en grande partie des orifices bronchiques. Il sort une substance d'aspect muqueux des bronches coupées à la base des deux poumons.

B. — Cavité abdominale. — Le péritoine se trouve en conditions normales.

Il est lisse, brillant et transparent.

Dans la cavité pelvienne on trouve une poche à paroi fibreuse, vide et drainée par un tube en caoutchouc ; en la distendant, on voit qu'elle a le volume de la tête d'un enfant d'un an.

Elle repose en arrière dans la cavité du sacrum en comprimant la portion terminale du rectum ; en avant elle adhère à la face postéro-supérieure de la vessie qu'elle comprime. En dessus, elle offre des adhérences à la partie supérieure du rectum et avec l'S iliaque ; elle est ouverte et suturée aux bords de la plaie que nous avons vu dans la paroi de l'abdomen ; sur

les côtés, elle correspond aux parois pelviennes. Les uretères contournent ses faces latérales et sont englobés dans la paroi kystique par des couches de tissu conjonctif.

Les uretères, comprimés par la tumeur ou par les adhérences, se sont dilatés, l'uretère gauche dans une proportion plus grande que le droit. Celui-là a 20 millimètres de circonférence et celui-ci 18 millimètres. Le bassinet rénal et les calices sont aussi dilatés comme conséquence de la rétention d'urine que l'on trouve dans le bassinet, claire et transparente. Le parenchyme rénal est atrophié et à seulement une épaisseur de 2 centimètres $1/2$; l'atrophie s'est surtout produite dans la zone médullaire.

L'aspect du parenchyme est celui des néphrites épithéliales chroniques, de couleur gris rosé, de consistance molle, de surface lisse, avec sa capsule faiblement adhérente, tachée à la surface et sur les tranches de section par des zones rouges qui se détachent sur le fond jaune. Le volume du rein droit est augmenté ; il pèse 230 grammes ; il s'agit d'un gros rein blanc.

Le rein gauche, qui a les mêmes caractères macroscopiques, a un volume normal et pèse seulement 185 grammes.

Le foie dépasse le rebord costal, dans la ligne mamillaire sur une étendue de deux travers de doigt ; sa limite supérieure dépasse aussi les limites normales, attendu qu'il refoule le diaphragme jusqu'au troisième espace intercostale.

Son volume est augmenté dans tous ses diamètres et son poids est de 2.800 grammes. Cette augmentation de volume est due à ce que l'angle postérieur droit du viscère est occupé par une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant de six ans. Il est de forme sphérique, de paroi tendue et rénitente à la palpation. Il est constitué d'une bourse fibreuse de trois

millimètres d'épaisseur, pleine de vésicules contenant un liquide clair et dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'un œuf de poule. Le diaphragme couvre cette tumeur et lui adhère intimement en contribuant à former sa paroi.

La tumeur s'est développée dans le parenchyme hépatique, atrophiant la partie de l'organe où elle a cru et provoquant en même temps, une hypertrophie compensatrice du lobe gauche.

Il y a un autre kyste dont le volume est celui d'un œuf de canard, à paroi fibreuse, recouvert intérieurement d'une membrane et contenant un liquide puriforme, qui occupe la petite courbe de l'estomac et qui est enveloppé par les feuillets de l'épiploon gastro-hépatique.

C. — *Cavité crânienne.* — Les méninges et les vaisseaux du cerveau contiennent une plus grande quantité de sang que normalement.

OBSERVATION V

Observation de Cranwell (de Buenos-Ayres)

B. M. . . , âgé de 14 ans, berger, de nationalité argentine, venant de Général-Lavalle (province de Buenos-Ayres), entre à l'hôpital le 16 mai 1902.

Antécédents héréditaires sans importance; antécédents personnels sans importance.

La maladie actuelle commença, il y a environ un an, par des phénomènes urinaires consistant en de la pollakiurie douloureuse; selon l'expression du malade, l'urine sortait par petits jets intermittents et après de grands efforts.

Le 12 août de l'année dernière, par suite de sa maladie il lui fut impossible de monter à cheval, comme il en avait l'habitude et il dut garder le lit. Le médecin qui le soignait lui retira l'urine avec une sonde, manœuvre que dut se répéter pendant un certain temps, car les phénomènes d'obstruction continuèrent. Après un mois, le malade se leva et commença à travailler, jusqu'au commencement de février de cette année, époque à laquelle il eut à souffrir, de nouveau, des perturbations urinaires antérieurement mentionnées, il nota, en outre, la présence d'une tumeur dans la partie inférieure du ventre. Il est demeuré jusqu'à maintenant à peu près dans le même état, avec des alternations de légère amélioration.

Pendant toute sa maladie, il a toujours été constipé, restant quelquefois dix ou douze jours sans aller à la garde-robe.

Etat actuel. — Mauvais état général, faciès exprimant la douleur, amaigrissement prononcé, température 37°5. Tumeur dans l'hypogastre, remontant du pubis presque jusqu'à l'ombilic, mais ne parvenant pas à remplir les fosses iliaques car elles restent libres, environ de quatre travers de doigt de chaque côté. La tumeur est rénitente et douloureuse ; la percussion donne un son mat. On ne peut apprécier s'il y a ou non de la mobilité, car la détente musculaire empêche l'examen. La tumeur persiste une fois la vessie vidée, et l'on sent par le toucher rectal une tumeur rénitente placée entre la vessie et le rectum et qui remplit en partie le bassin. L'urine doit être extraite, car il n'y a pas de mictions spontanées ; le malade accuse de la douleur à la pression dans la région lombaire. La respiration est rude dans les deux sommets pulmonaires. L'urine contient de l'albumine et du pus.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve la vessie placée sur la face antérieure de la tumeur ; on la repousse vers le bas et on ouvre le péritoine.

On ponctionne la tumeur et il sort un liquide clair ; la vessie se trouve très comprimée par la tumeur qui monte de l'excavation pelvienne.

On incise le kyste, ce qui donne issue au liquide et à une grande membrane ; la poche péri-kystique est séchée avec de la gaze et on ferme la péri-kystique en la fixant au péritoine pariétal.

Comme l'état du patient est très mauvais, on fait des injections de sérum artificiel et de caféine ; mais il meurt le jour suivant dans le collapsus. La température après l'opération n'atteignait pas même 36°.

Autopsie. — Examen externe. 1° sujet de squelette bien développé.

2° Rigidité cadavérique généralisée.

3° Taches de couleur rouge foncé au niveau des parties déclives du cou et du tronc.

Examen interne. — A) Cavité thoracique.

4° La plèvre droite est adhérente au niveau du sommet et à la face postérieure du poumon, les adhérences se rompent facilement. Il y en a aussi en plus petite quantité du côté gauche.

5° Le lobe supérieur du poumon droit a une consistance massive, cette consistance étant la plus grande encore à la coupe, et la surface de section d'un gris rougeâtre, laisse couler à la pression un liquide d'une couleur jaune sale. Un fragment de cette région va au fond dans l'eau. Le reste du poumon est gorgé de sang qui coule en abondance quand on comprime l'organe.

6° Les mêmes lésions existent dans le lobe inférieur du poumon gauche.

7° Le muscle cardiaque a une coloration légèrement jaunâtre ; il est plus mou qu'il doit être et se trouve un peu plus friable.

8° Les valves de la valvule mitrale sont un peu épaissies et ont perdu leur transparence.

B) *Cavité abdominale.*

9° En ouvrant la cavité on trouve, adhérence et suturée à la paroi, dans la région infra-ombilicale, ligne médiane, une poche de la grosseur d'un fœtus, dont la paroi a à peine deux millimètres d'épaisseur.

Cette bourse, dont le tissu paraît fibreux, est située dans le cul de sac recto-vésical et adhère autant à la vessie qu'au rectum.

10° Le rein gauche est d'une grosseur normale ou un peu plus grand ; sa surface est hérissée de granulations et de nodules qui font saillir à la surface de la glande. A la section, on note que l'organe est semé de ces nodules qui ont une couleur jaunâtre et qui sont formés par une substance d'aspect caséux : quelques-uns ont éliminés leur contenu, et à sa place il est resté une cavité qui sécrète un liquide puriforme.

Ces nodules sont nombreux et sont distribués dans la substance corticale médullaire, mais en plus grand nombre dans celles-là,

Le bassin est distendu de même que l'uretère qui a un diamètre de 6 millimètres et qui, avant de se jeter dans la vessie, contourne la face latérale de la poche kystique à laquelle il adhère et qui le comprimait sur l'os iliaque ;

11° Le rein droit est encore plus altéré, son volume est d'un tiers de celui d'un rein sain ; il est réduit à une petite

bourse fibreuse qui s'est formée par distention progressive du bassin. Cette poche est pleine de pus et également comprimée par la poche kystique pelvienne.

12° La vessie contient environ 200 grammes de pus jaune verdâtre. La muqueuse est épaissie et dépolie ;

13° La rate légèrement augmentée de volume est molle ;

14° Le foie a une coloration plus pâle et son volume est un peu augmenté. La consistance est amoindrie.

OBSERVATION VI

Observation de Cranwell (de Buenos-Ayres)

José F. . . , âgé de 23 ans, argentin, né à Balcarce (province de Buenos-Ayres), journalier. Il entre à l'hôpital le 7 juillet 1906.

Antécédents sans importance.

La maladie actuelle date de trois mois et commence par des phénomènes de dysurie, plus marqués le matin.

Les difficultés pour uriner étaient très grandes et la miction était rare et extrêmement fréquente ; néanmoins, jamais il n'a eu de douleurs et il n'a pas uriné le sang. Un matin, la rétention fut complète, et il se vit obligé de consulter un médecin qui le sonda et lui fit remarquer qu'il avait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pas eu de blennorragie.

Etat actuel : Bon état général et bonne constitution. Le ventre se présente légèrement gonflé et les parois abdominales sont un peu tendues. La partie sous-ombilicale du ventre

est occupée par une série de tumeurs (cinq environ) dont le volume varie entre celui d'une noires et celui d'une orange ; ces tumeurs sont lisses, dures, indolentes, et un peu mobile ; dans la fosse iliaque droite, on en sent une plus volumineuse, de la grosseur d'une tête de fœtus, avec les mêmes caractères ; mais elle est fixe et se perd à sa partie inférieure dans la cavité du bassin ; cette tumeur est mate à la percussion.

Par le toucher rectal, on trouve aussi une tumeur volumineuse qui repousse en arrière la paroi antérieure du rectum ; elle est lisse, rétinente et indolente.

L'examen du sang donne 2 pour 0/0 d'éosinophiles.

Opération. — 15 août 1906. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve dans la partie terminale du grand épiploon un groupe de quatre kystes hydatiques dont le volume varie entre celui d'un œuf et celui d'une petite orange. On resèque l'épiploon en même temps que les kystes et on passe à l'inspection du bassin qui se trouve complètement occupé par deux kystes développés entre le rectum et la vessie.

Le plus petit est placé vers la gauche et a la grosseur d'une orange ; le plus grand, plus grand que la tête d'un fœtus, occupe presque tout le bassin ; le rectum est aplati et la vessie est repoussée vers le kyste. On ouvre les deux kystes qui étaient fertiles et avec un liquide clair ; on extrait la membrane mère et quelques vésicules filles que contenait le plus grand kyste ; on sèche bien la périkystique en la frottant avec une gaze trempée dans une solution de formol et on abandonne les deux poches dans le péritoine sans suturer.

On ferme la paroi abdominale en laissant un drainage dans le péritoine, en le retirant 48 heures après.

Les troubles urinaires disparaissent.

La plaie guérit par première intention et le malade sort complètement rétabli le 1^{er} septembre 1906.

Observations résumées

OBSERVATION VII (Résumée)

Lelouis. (*Acad. de chir. 1879. In Davaine, trait.
des Entozoaires*)

Un charpentier, âgé d'environ 40 ans, après avoir éprouvé des difficultés d'uriner, eût une rétention totale d'urine ; le cathétérisme est difficile, quelquefois impossible, et, après une série d'accidents de rétention le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve la vessie soulevée par un kyste hydatique, du volume d'un boulet de 12 livres, situé entre le rectum et la vessie.

Traitement. — Ponction de la vessie.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION VIII (résumée)

Hunter (*Med, and Chir. Transact., 1793. In Davaine*)

Malade âgé de 46 ans. Difficulté plus ou moins grande d'uriner pendant quatre à cinq semaines ; mort subite.

Autopsie. — Kyste volumineux situé entre la vessie et le

rectum, remplissant complètement le bassin et repoussant la vessie en avant et en haut.

Kystes hydatiques plus petits au voisinage du col de la vessie. Plusieurs kystes hydatiques adhèrent à la rate. Mort.

OBSERVATION IX (résumée)

Lesauvage (*Bull. de la Faculté de Médecine*, 1812. In Davaine)

Malade âgé de 65 ans. Premiers symptôme d'une tumeur abdominale datant de 20 ans. En 1811, ischurie, cathétérisme difficile. En 1812 mêmes symptômes. Constatation d'une tumeur du petit bassin par le toucher rectal.

Autopsie. — On trouve entre la vessie et le rectum un kyste en communication avec la vessie ; kyste hydatique du foie ; plusieurs kystes dans l'épiploon.

Traitement : Ponction par le rectum.

Résultat : Mort par péritonite.

OBSERVATION X (Résumée)

Blondeau. *Bull. de la Soc. Anat.* 1849. In Davaine)

Homme sujet à la rétention d'urine. Ponction hypogastrique.

Autopsie : On trouve des hydatides remplissant tout le

petit bassin et comprimant le rectum et la vessie. Autre kyste adhérent au cœcum.

Traitement. — Ponction hypogastrique.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XI (résumée)

Tyson (*Transaction, philoso*, 1867. In Davaine).

Kyste hydatique qui avait comprimé les uretères avant de s'ouvrir dans la vessie.

Les uretères étaient aussi larges que les intestins grêles d'un enfant ; les reins semblaient de larges sacs membraneux.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XII (résumée)

Jones (*Transact. of patholog. Society* 1854. In Davaine).

Chez un malade mort à l'hôpital St-Thomas, Jones trouva cinq grosses tumeurs hydatiques et plusieurs petites.

L'une de ces tumeurs était située dans le bassin, entre le rectum et la vessie, et avait repoussé cet organe contre la paroi intérieure de l'abdomen, et par sa pression, elle avait déterminé la dilatation des uretères, du bassinet et des calices.

En plus, kyste du foie.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XIII (résumée)

Sibille. *Acad. de Chir, 1755. In Davaine*

Malade âgé de 48 ans. Rétention complète d'urine.

Le malade faisait de grands efforts pour uriner et pour aller à la selle. Ouverture spontanée par le périnée.

Traitement. — Agrandissement de l'ouverture.

Résultat. -- Guérison.

OBSERVATION XIV (résumée)

Brun. *Thèse de Paris 1834*

Malade âgé de 40 ans tumeur grosse comme le poing, s'étendant jusqu'à l'hypogastre.

Elle est arrondie, fluctuante, un peu douloureuse à la pression ; à la suite de coliques, le malade rend par l'anus un liquide purulent mêlé de débris d'hydatides. Le malade est soulagé, mais au bout d'un mois la tumeur augmente et devient douloureuse, il y a de la constipation et l'urine est purulente ; des gaz sortent par l'urètre.

Nouvelle amélioration et le malade sort de l'hôpital avec une tumeur de la fosse iliaque.

Résultat : Inconnu.

OBSERVATION XV (résumée)

Charcot et Davaine (*Med. de la Soc. de Biol. 1857*)

Malade âgé de 63 ans. kyste hydatique du foie ouvert avec la pâte de Vienne.

Autopsie. — On trouve une très grande quantité de kystes dans le foie, l'épiploon, le mésentère. Dans le petit bassin, entre le rectum et la vessie, existe un kyste hydatique du volume du poing ; il adhère à la face antérieure du rectum, et à la face postérieure de la vessie.

Résultat : Mort.

OBSERVATION XVI (résumée)

Gourbois et Pinault (*Bull. de la Soc. anat.*) et Davaine

Malade âgé de 35 ans. Kyste hydatique du foie opéré. A l'*autopsie* on trouve des kystes multiples dans le foie et l'épiploon. Dans le petit bassin, on voyait un grand kyste remplissant la cavité pelvienne, situé entre le rectum et la vessie, adhérent à la vésicule séminale droite.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XVII (résumée)

Boisset et Mesnet. (*Revue Médicale*, 15 février 1855,
et Davaine, loc. cit.)

Malade âgé de 33 ans. Kystes multiples du foie ; ouverture de l'un d'eux dans le poumon droit, traitement de l'un des kystes par les injections iodées. Mort. A l'*autopsie*, on trouve un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le cul-de-sac recto-vésical.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XVIII (résumée)

Morand. (*Mém. de l'Acad. royale des Scien, in* Legrand.

Th. de Paris)

Soldat de l'Hôtel royal des Invalides qui portait depuis longtemps des tumeurs dures en plusieurs endroits du bas-ventre. Souffrant plus qu'à l'ordinaire au commencement de juillet 1722 fut obligé de garder le lit, et le 13 du même mois il commença à se plaindre d'une suppression d'urine.

A l'autopsie on trouva un kyste hydatique qui, s'allongeant derrière le col de la vessie, remplissait tellement le bassin qu'à peine l'intestin rectum y pouvait trouver place.

Traitement. — Ponction de la vessie par l'hypogastre.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XIX (résumée)

Pize. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1853)

Malade âgé de 24 ans. Ce sujet s'est aperçu dès l'âge de 10 ans qu'il portait des tumeurs dans la cavité abdominale ; huit jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris subitement en urinant de douleurs abdominales intenses.

Le ventre est considérablement ballonné ; on sent à travers ses parois des tumeurs dures, arrondies, douloureuses ; le malade a la fièvre, de la céphalalgie, de l'ictère, miction difficile et douloureuse, constipation.

Autopsie. — Kystes hydatiques multiples du foie ; au

sommet de la vessie un kyste du volume du poing et sur la face postérieure plusieurs kystes.

Les uretères et les reins étaient distendus.

Résultat : Mort.

OBSERVATION XX (résumée)

Doldeau. (*Gazette des Hôpil.* 1867)

Malade âgé de 26 ans. Kyste kystique développé entre le col de la vessie et le rectum. Un an avant son entrée il avait eu une rétention d'urine qui avait duré 48 heures ; six mois après il avait constaté une tumeur dans le petit bassin ; les gardes robes sont pénibles, les selles rubanées.

A l'examen présente une tumeur fluctuante à la marge de l'anus du côté droit ; par le toucher rectal, on trouve le conduit obstrué. On lui fit une ponction par le rectum ; il en sortit 250 grammes de liquide, *eau de roche*. On fit alors incision, il s'en écoula du pus et le malade expulsa ensuite une poche hydatique.

Traitement. — Incision.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXI (Résumée)

Curling. (*Arch. Génér. de Méd.* 1848)

Malade âgé de 58 ans. Le malade avait de la difficulté pour uriner ; par le toucher rectal, on trouvait une tumeur

fluctuante. A l'autopsie, on trouva la vessie vide et refoulée au-dessus du pubis, entre la vessie et le rectum, il y avait un kyste hydatique de la grosseur d'un œuf d'autruche ;

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XXII (résumée)

Lowel. (*Arc. génér. de Méd.* 1846)

Malade âgé de 64 ans. Depuis trois ou quatre ans difficulté pour uriner ; dernièrement rétention complète, cathétérisme impossible ; par le toucher rectal, on trouve une tumeur volumineuse dans le siège de la prostate, remplissant tout le bassin.

Autopsie. — Vessie fortement épaissie ; au niveau de la prostate il y avait un kyste hydatique de la grosseur d'une tête de fœtus.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XXIII (résumée)

Mallez. (*In Planty Mouxion*, Th. de Paris 1878).

Malade âgé de 28 ans. En 1873, vives douleurs pendant la miction ; soigné pour cystite à l'Hôtel-Dieu et pour tumeur, à la prostate, à Lariboisière. Dernièrement, la miction est très douloureuse, il y a de la constipation ; à l'inspection on constate du côté gauche de l'hypogastre une tumeur de la

grosseur d'une tête de fœtus ; fluctuation par le toucher rectal.

Traitement. — Ponction.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXIV (résumée)

Hern (*Austral. Medic. Journal*, 1880)

Malade âgé de 40 ans. Après une chute de cheval, rétention d'urine. Mort par rupture du kyste dans la cavité péritonéale, on trouva un kyste de la grosseur d'un œuf de dinde adhérent au fond de la vessie.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XXV (résumée)

Quain (*Union Médicale*, 1860)

Malade âgé de 9 ans. Depuis 4 ans porte une tuméfaction dans le bas-ventre, avec difficulté pour uriner. Tumeur tendue, s'étendant du pubis à l'ombilic.

Par le toucher rectal, masse arrondie faisant saillie dans la cavité du sacrum. Crochets d'échinocoques dans le liquide de ponction.

Traitement. — Ponction.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXVI (résumée)

Zichy (Woisnarchy Australia, *Med. Journal* 1881,
in Thèse de Legrand)

Malade âgé de 23 ans. La maladie avait commencé par des douleurs sourdes et irrégulières dans la vessie, avec de la dysurie intermittente, douleurs dans les cuisses et les jambes.

Pendant qu'il était à l'hôpital, il eut de la rétention d'urine.

A l'examen : pouls 140, sueurs froides, temp. 37,2 ; abdomen sensible et tympanique. La matité vésicale remonte presque à l'ombilic. Par le toucher rectal on découvrit une tumeur demi-fluctuante, le rectum était comprimé. A l'autopsie, à la face postérieure et inférieure de la vessie on trouve un kyste rompu, d'une dimension de trois pouces sur deux, adhérent à la vessie et s'étendant en arrière de la prostate dont il a été séparé difficilement.

Traitement. — Ponction à la vessie.

Résultat : Mort.

OBSERVATION XXVII (résumée)

Thouson (*Australia Medical Journal* 1879)

Malade âgé de 44 ans. Depuis trois mois, s'aperçut qu'il portait dans le côté gauche de l'hypogastre une tumeur ; miction fréquente. La tumeur dure, arrondie, lisse, paraît adhérente à la vessie. Par le toucher rectal, on trouve derrière la prostate une tumeur dure.

Traitement. — Ponction par l'hypogastre.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

(Legrand. *Thèse de Paris* 1890)

Malade âgé de 36 ans. En 1873, probablement kyste hydatique du foie ; en 1889, tumeur volumineuse ; dans l'hypogastre avec la forme d'une vessie distendue ; aucune gêne du côté de la miction.

Par le toucher rectal, on trouve une tumeur au-dessus de la prostate remplissant tout le petit bassin.

Traitement. — Laparotomie. Marsupialisation et drainage.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXIX (résumée)

Duplay. (*Arch. Génér. de Médec.* 1887)

Malade âgé de 35 ans. Depuis cinq mois éprouve des envies fréquentes d'uriner ; constipation habituelle. Actuellement, tumeur abdominale remontant jusqu'à la hauteur de l'ombilic, médiane, uniformément globuleuse, fluctuante. Par le toucher rectal, tumeur au-dessus de la prostate et qui fait forte saillie dans l'ampoule ; le doigt transmet la fluctuation à la main placée sur l'abdomen.

Traitement : Ponction.

Résultat : Guérison.

OBSERVATION XXX (résumée)

Tuffier. (*Cong. français de Chirurg.* 1891)

Malade âgé de 27 ans. Depuis trois ans sensation de pesanteur dans la région périnéale, avec fréquence de la miction. A l'examen, la région hypogastrique est légèrement saillante de l'ombilic au pubis, comme dans le cas de rétention aiguë d'urine ; la tumeur, à grand diamètre vertical est lisse, unie, régulière, indolente, fluctuante ; par le toucher rectal, tumeur au-dessus de la prostate. La miction nécessite des efforts considérables, elle est fréquente et ne peut s'effectuer que dans la position accroupie.

Cathétérisme impossible.

Traitement : Marsupialisation et drainage.

Résultat : Guérison.

OBSERVATION XXXI (résumée)

Villar (*Congrès Français de Chir* 1893)

En dehors de ces crises, le malade éprouvait la sensation de quelque chose qui pesait sur la vessie ; il avait des envies fréquentes d'uriner et ne rendait chaque fois qu'une très faible quantité d'urine ; pas de constipation. A l'examen en dehors d'autres tumeurs dans le ventre, existe au-dessus du pubis une tumeur rappelant un peu la vessie distendue.

Le doigt, introduit par le rectum, tombe sur une tumeur dure, saillante, qui déprime la paroi rectale antérieure.

Les mouvements imprimés à la tumeur sus-pubienne se transmettent au doigt intra-rectal. Il y avait un gros kyste du foie.

Traitement. — Marsupialisation.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXXII (résumée)

Binaud. (*Arc. de Méd. de Bordeaux* 1893).

Malade âgé de 37 ans. Il y a quelque temps, Monsieur Dean avait fait la ponction d'un kyste sous-ombilical, donnant issue à deux litres d'un liquide trouble.

La tumeur se reproduisit. A l'examen, la région sous-ombilicale, est le siège d'une tumeur arrondie parfaitement nette, soulevant la paroi abdominale en arrière de laquelle il est facile de la localiser. Cette tumeur est lisse, irrégulière, rénitente, un peu douloureuse au palper, elle se laisse parfaitement délimiter, et l'on constate qu'elle est entourée en haut et latéralement par une zone de sonorité; inférieurement elle paraît s'enfoncer dans l'excavation du bassin. L'index, introduit dans le rectum, trouve, au-dessus de la prostate, une tumeur qui appuie sur la face antérieure du rectum. Le cathétérisme de la vessie se fait sans difficulté.

Traitement. — Marsupialisation.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

Getten. (Thèse de Paris, 1898)

Malade âgé de 26 ans, entré à la Pitié dans le service de Tuffier le 8 novembre 1898. Depuis l'âge de 15 ans il a toujours eu des besoins d'uriner fréquents. Il y a six mois qu'il sent au-dessus de la symphyse une tumeur; depuis cette époque, il a commencé à souffrir de douleurs survenant par crises. Il entre à l'hôpital en raison de la fréquence de plus en plus grande des crises douloureuses et de sa pollakiurie. A la vue, on constate une voussure au-dessus du pubis. A la palpation, on sent une tumeur arrondie, régulière, de consistance ferme, immobile, dépassant la symphyse pubienne de quatre travers de doigt et atteignant de chaque côté le milieu du pli de l'aîne. Le cathétérisme aidant, on peut se convaincre que cette tumeur n'est pas formée par la vessie, qui est rejetée en avant et vers sa droite. Par le toucher rectal, on sent la même tumeur et on perçoit le frémissement hydatique.

Traitement. — Occlusion complète sans drainagé.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXXIV (résumée)

Héresco (Kyste hydatique rétro-vésical. Congrès d'urologie 1898. Thèse de Getten)

Malade âgé de 24 ans. Les premiers symptômes se sont traduits par une rétention aiguë complète d'urine. Il fut en-

voyé à l'hôpital Necker ; on le sonde, puis le toucher rectal fit reconnaître une prostate grosse comme le poing, molle, fluctuante.

Traitement. -- Taille prérectale Frainage.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXXV (résumée)

Legueu (*Kystes Hid. rétro-vésical. Ann. des Maladies génito-urinaires* 1898. *Thèse de Gellen*)

Malade âgé de 24 ans. La tumeur formait une saillie au-dessus du pubis et occupait toute la largeur du petit bassin ; par le toucher rectal, on constatait qu'elle occupait le cul de sac rétro-vésical. Quant à la vessie, elle était refoulée au-dessus du pubis.

Traitement. — Marsupialisation.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXXVI (résumée)

Feenwich (*British medical. Journal* 1891. *Thèse de Gellen*)

Homme de 25 ans qui avait été soigné pendant six mois pour des maux de tête tenaces ; des vomissements répétés le matin, et un amaigrissement progressif, six jours avant mort, on constata une grande irritabilité de la vessie consistant en rétention d'urine. Une vaste tumeur demi-fluctuante qu'on sentait par le toucher rectal ; remplissait tout le petit bassin ;

elle était séparée de la prostate, mais elle avait refoulé les vésicules ; la vessie a été repoussée vers le haut et vers la droite ; un cathéter put être passé, après une longue résistance, au niveau de la prostate ; mais la vessie fut trouvée vide. Il était évident que les deux uretères avaient été étranglés à la surface du grand bassin par la tumeur.

Ponction par le rectum, on retire quelques onces de liquide hydatique. Les uretères vidèrent immédiatement leur contenu et deux ou trois onces d'urine furent brusquement évacuées par le cathéter. Le malade succomba subitement à l'anurie.

À l'autopsie, on trouve un volumineux kyste hydatique remplissant le bassin et comprimant les deux uretères.

Ces derniers et les bassinets étaient considérablement distendus et les reins tout à fait atrophiés.

Résultat : Mort.

OBSERVATION XXXVII (résumée)

Velpeau. (Thèse de Neynet 1867 et thèse de Nouille)

Malade âgé de 33 ans entre le 23 juin 1862 à la Charité, service de Velpeau. Il y a deux mois, il remarqua qu'il se formait une grosseur dans son ventre. Peu après, la miction devint difficile, et il entre à la Charité avec une rétention d'urine presque absolue.

On constate l'existence d'une tumeur soulevant la paroi antérieure de l'abdomen et proéminente surtout à l'hypogastre.

Cette tumeur est régulièrement arrondie ; son sommet paraît correspondre à la ligne médiane, accompagnée d'une matité

absolue, s'étendant à la symphyse au voisinage de l'ombilic. La sonde en argent pénètre sans difficulté dans la vessie ; issue d'un litre d'urine claire. Le ventre s'affaisse un peu, mais il persiste une tumeur presque aussi volumineuse qu'auparavant. Le toucher rectal montre l'existence d'une tumeur volumineuse paraissant située entre la vessie et le rectum et faisant saillie dans ce conduit. Ponction par le rectum, il sortit une eau claire et, quelques jours après, de volumineuses membranes hydatiques.

Autopsie. — Rectum séparé de la vessie par poche à parois flasques et affaissée.

Traitement. — Ponction rectale.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XXXVIII (résumée)

Hartmann. (*Trav. de Chirurgie anatomo-clinique*, Paris 1904)

Malade depuis dix-huit ans.

Depuis un certain temps il était frappé du développement anormal que prenait son abdomen lorsque, dans la matinée du 2 octobre, il fut dans l'impossibilité d'uriner. Depuis cette époque, il a des besoins très fréquents, toutes les demi-heures. Au palper, on constate que toute la partie inférieure est occupée par une tumeur de forme arrondie, de consistance élastique, qui remonte jusqu'à l'ombilic et semble formée par la vessie distendue. Un explorateur à boule numéro 21 parcourt l'urètre antérieur sans rien rencontrer de spécial mais est arrêté à l'entrée de la région prostatique ; une sonde

béquille n° 20 franchit l'obstacle et évacue 1 litre 1/2 d'urine d'odeur forte et trouble vers la fin de l'écoulement. La vessie étant évacuée, il persiste dans la région hypogastrique tumeur présentant sur ses parties latérales deux prolongements de forme arrondie remontant jusqu'aux bords du détroit supérieur, le dépassant même à gauche pour s'étendre à la partie interne de la fosse iliaque. Cette tumeur est de consistance ferme, sans rénitence nette. En dehors et indépendant d'elle, dans la fosse iliaque gauche on trouve une petite tumeur arrondie, dure, mobile; au toucher rectal, on trouve cette tumeur impossible à séparer de la prostate, faisant une saillie arrondie dans le rectum et présentant la même consistance qu'à la palpation abdominale. Cette palpation est indolore. Le ventre est souple à sa partie supérieure, mais dans la région épigastrique la peau est soulevée par une tumeur de forme générale un peu arrondie étalée sans altération de la peau à son niveau, tumeur qui suit manifestement les mouvements respiratoires. Sur le plan incliné la tumeur de la région hypogastrique ne se déplace pas. Comme antécédents, il y a 11 ans, 3 semaines après une chute, le malade prétend s'être aperçu de l'existence d'une petite tumeur au-dessus de la crête iliaque droite.

Traitement. — Marsupialisation et drainage.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XXXIX (résumée)

Hartmann (*Ibidem*)

Malade âgé de 31 ans ; se plaint d'une difficulté progressivement croissante dans l'émission des urines depuis un mois.

Il se présente à la consultation du service, le 11 mai 1904, parce qu'il ne peut plus uriner du tout. Lorsqu'on l'examine, on constate que la vessie distendue remonte au-dessus de l'ombilic. L'urètre est libre à l'explorateur n° 20. Par le toucher rectal, on trouve immédiatement la prostate de forme et de consistance normale dans sa partie inférieure, se continuant dans sa partie supérieure avec une tumeur arrondie et rénitente qui fait saillie dans l'intestin. Après évacuation de la vessie on constate que la tumeur saillante dans le rectum se continue avec la masse arrondie qui remonté jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic. Ce malade a été opéré il y a huit ans, pour un kyste kydatique suppuré du foie.

Le malade quitte le service en refusant l'opération.

OBSERVATION XL (résumée)

Tillaux. (*Bull. et Mem. de la Soc. de Chirurgie* 1883)

Malade âgé de 43 ans. Il y a un an, le malade a commencé à être réveillé la nuit par le besoin d'uriner ; alternatives de constipation et de diarrhée.

Entre à l'hôpital pour rétention d'urine incomplète. La prostate est volumineuse, parfaitement lisse, élastique, rénitente. Cathétérisme impossible. Après l'incision par le rectum, le malade rend une membrane qui ressemble à une hydatide.

Traitement. — Incision par le rectum.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XLI (résumée)

Millet (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1884)

Homme de 59 ans, atteint de rétention d'urine et qui, depuis quelque temps déjà, éprouvait de la difficulté à uriner. On constate l'existence d'une tumeur volumineuse occupant la région de la prostate ; on reconnaît aussi dans la fosse iliaque droite une tumeur globuleuse, dure, régulière. Par le toucher rectal, on constate que le bassin est toujours rempli par une tumeur qui occupe surtout le côté droit et refoule le rectum en arrière et à gauche. Le malade éprouvait aussi depuis longtemps une grande gêne dans la défécation. Le kyste fut ouvert et évacué accidentellement pendant le cathétérisme avec une sonde métallique.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XLII (résumée)

Baudet. (*J. de Méd. de Bordeaux* et Th. de Lavigne 1893)

Malade âgé de 16 ans. Il y a eu éruption d'urticaire ; il y a un an, incontinence d'urine et constipation. Tumeur intra-abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, se perdant dans le petit bassin. Par le toucher rectal, la même tumeur, effaçant le calibre du rectum. Cathétérisme impossible.

Par la ponction : Liquide eau de roche avec crochets.

Résultat : Inconnu.

OBSERVATION XLIII (résumée)

Winterberg. (*Med. News*, 1896)

Malade âgé de 51 ans. Depuis longtemps, difficulté dans la miction, tumeur dans la région prostatique ; on diagnostique hypertrophie de la glande et on pratique la castration. Plus tard, dans l'impossibilité de faire le cathérisme, on fait la cystotomie périnéale et on trouve un kyste hydatique.

Le malade avait plusieurs kystes dans la cavité péritonéale et à la face inférieure du foie.

Traitement. — Cystotomie périnéale.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XLIV (résumée)

Lum (Saint-Thomas Hosp. Reports, vol. XIX)

Malade âgé de 66 ans. On lui avait pratiqué plusieurs fois la ponction de la vessie pour rétention d'urine. Voussure de la région hypogastrique. Par le toucher rectal, on trouve une tumeur derrière la vessie.

A l'autopsie : pus dans la vessie, dilatation des uretères et des bassinets. Entre la vessie et le rectum on trouvait un kyste hydatique de la grosseur d'une tête d'enfant.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XLV (résumée)

Viti. (*Bollet delle scienze Med. di Siena* 1887)

Malade âgé de 49 ans. Tumeur dans l'hypogastre, remarquée durant 45 ans, sans avoir produit de symptômes ni vésicaux, ni rectaux. A l'autopsie on trouve un grand kyste entre la vessie et le rectum.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XLVI (résumée)

Fischer. (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie* 1883)

Homme âgé de 20 ans qui, 3 semaines avant son examen, est atteint de rétention d'urine, s'améliore, mais quelque temps après a une nouvelle rétention cathétérisme difficile ; urine trouble et alcaline. Tumeur dans l'hypogastre qu'on sent aussi par le toucher rectal.

Dans le périnée existe une tuméfaction douloureuse ; on fait une incision, et sortent des membranes hydatiques.

Traitement. — Incision du périnée.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XLVII (résumée)

Harrison (*Britische medical journal* 1896)

Malade âgé de 45 ans. Il y a 9 ans, commença à souffrir de la vessie et du rectum. En 1893 présente une grosse tumeur

dans le bassin et la partie inférieure de l'abdomen et souffre de grandes difficultés pour uriner.

On fait le diagnostic du kyste hydatique et on pratique une incision périnéale donnant sortie à du liquide et vésicules hydatiques.

Traitement. — Incision et drainage par le périnée.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XLVIII (résumée)

Tickel (*Britische Medical Journal* 1898)

Kyste hydatique du foie et du bassin ; obstruction des uretères, urémie.

Agé de 36 ans, mauvais état général ; perturbation urinaire, pus et sang de l'urine.

A l'autopsie, on trouve dans le bassin un grand kyste adhérent à la vessie et au rectum et comprimant ces organes.

Les uretères étaient comprimés par le kyste et très dilatés. Les deux reins réduits de volume avec hydronéphrose.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION XLIX (résumée)

Bangs (*Annals of Surgery* 1901)

Malade âgé de 39 ans. Le malade se présente avec une rétention complète d'urine, et il dit n'avoir jamais remarqué de difficultés pour uriner avant cet accident ; il souffre beaucoup

et son abdomen est très gonflé. A l'examen, on trouve une tumeur à l'hypogastre, qu'on sent aussi par le toucher rectal ; cette tumeur est rénitente.

Traitement. — Incision et drainage par l'hypogastre.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION L (résumée)

Wood (*Thèse Lancet* 1904)

Homme âgé de 68 ans, avec rétention complète d'urine causée par un kyste hydatique, simulant une prostate augmentée de volume. La vessie est distendue et, par le toucher rectal, on trouve une tumeur dans le siège de la prostate. On fait le diagnostic d'hypertrophie de la prostate et on pratique la cystotomie sus-pubienne. Par derrière la vessie on trouve un kyste hydatique drainable.

A l'autopsie on trouve les uretères et les reins dilatés ; il y avait plusieurs petits kystes du foie.

Traitement : Cystotomie sus-pubienne.

Résultat : Mort,

OBSERVATION LI (résumée)

Ocampo. (*Thèse de Buenos-Ayres* 1896).

Homme âgé de 38 ans qui avait un bol fécal dans l'S iliaque. On pratique la laparotomie et on fait la malaxation du bol. Peu de temps après, le malade est atteint de rétention d'urine et meurt en collapsus.

A l'*autopsie*, on trouve dans le bassin un kyste hydatique de la grosseur d'un œuf d'autruche, plein de vésicules filles et adhérent à la paroi postérieure de la vessie, comprimant le rectum. Dilatations des urètres et des bassinets.

Résultat. — Mort.

OBSERVATION LII (résumée)

Saxahausky (*Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1901)

Homme âgé de 50 ans, entre à l'hôpital pour une rétention complète d'urine. Les premiers troubles de la miction ne datent que depuis 6 mois. La miction devient d'abord fréquente et douloureuse ; quelque temps après, le malade commença à avoir de la difficulté pour vider sa vessie ; puis se montrèrent la rétention complète, une constipation opiniâtre et le ballonnement du ventre. Par le cathétérisme sortent 800 grammes d'urine louche. Le ventre est très ballonné et sensible ; le toucher rectal faisait sentir au niveau de la prostate, une grosse tumeur de la grandeur d'une tête de fœtus. La tumeur est assez consistante et la fluctuation n'est pas nette. Diagnostic : Sarcôme de la prostate. Incision par le périnée donnant issue à plusieurs centaines de vésicules et liquide hydatique.

Traitement. — Incision par le périnée.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION LIII (résumée)

Rotgans (Nederl Tigdscrift v. Genees Bundre, 1896)

Homme de 40 ans avec rétention complète d'urine et une voussure à l'hypogastre (comme s'il s'agissait d'une dilatation de la vessie).

Opération transvésicale, la vessie se trouvait distendue et placée en avant de la tumeur ; drainage par le périnée.

Trailement. — Incision transvésicale et drainage par le périnée.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION LIV (résumée)

Fürstemberg. (*An. des mal. des organes génito-urinaires* 1901)

Il y a quatre ans, le malade a subi la lithotritie quelques jours avant son entrée, a ressenti une forte douleur à la fin d'une miction, après quoi les mictions sont devenues fréquentes et douloureuses. A l'examen, on trouve dans l'hypogastre une tumeur simulant la vessie distendue. Cette tumeur est tendue et fluctuante.

Par le toucher rectal, tumeur fluctuante au-dessus de la prostate.

Par le double toucher, on sent la fluctuation se transmettre de l'hypogastre dans le rectum ; la vessie est repoussée à

droite. Si on introduit une sonde métallique dans la vessie, on sent son bec à travers la paroi abdominale à deux travers de doigt au-dessus du pli inguinal droit. Urine claire.

On fait une ponction par le rectum issue de 300 grammes d'un liquide opalin.

Opération. — Incision par la voie abdominale d'un kyste avec liquide clair, mais très fétide à cause de la diffusion des gaz intestinaux, grande quantité de vésicules filles.

Après l'opération écoulement d'urine en abondance par la plaie opératoire.

Traîtement : Incision et drainage par la voie abdominale.

Résultat : Guérison.

OBSERVATION LV (résumée)

Fürstemberg. (Ibidem)

Malade âgé de 30 ans se plaint depuis six mois de besoins fréquents d'uriner et de l'impossibilité de vider complètement sa vessie. A l'examen on constate à l'hypogastre une tumeur occupant surtout le côté gauche et produisant l'impression d'une vessie distendue et repoussée à gauche. Le toucher rectal montre une tumeur arrondie, saillant dans le rectum. Par le double toucher on sent la même tumeur tendue et lisse, ayant le volume d'une tête d'enfant. Urine faiblement colorée de sang. Le malade refuse d'entrer à l'hôpital.

Rentré chez lui, il a une rétention complète, et le premier médecin appelé n'ayant pu cathétériser le malade, on en appelle un autre qui réussit, avec une sonde métallique, à évacuer une énorme quantité de sang. Le malade entre à l'hô-

pital et à l'examen on trouve la tumeur dans l'hypogastre remontant jusqu'à l'ombilic ; pouls à peine perceptible. On fait la taille hypogastrique, et trouve la vessie remplie de caillots et d'hydatides.

Traitement. — Taille hypogastrique.

Résultat. — Inconnu.

OBSERVATION LVI (résumée)

Haveczky (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires* 1905)

Malade âgé de 45 ans (4 septembre 1904).

Il s'est aperçu au commencement du mois de février qu'il urinait plus souvent pendant la nuit avec un mince filet.

A la fin de mars, rétention complète. Dans ces derniers temps, constipation.

Examen. — La vessie est sentie au-dessus de la symphyse et modérément dilatée.

L'examen par le rectum montre une tumeur à peu près de la grosseur d'une tête d'enfant, occupant la place de la prostate, d'une surface lisse, régulièrement arrondie. Après avoir vidé la vessie avec un cathéter de Nélaton, on sent la tumeur par l'examen bimanuel aussi du côté du ventre, et une fluctuation peut être également constatée avec certitude.

Ponction par le rectum donnant issue à du liquide clair.

Traitement. — Incision par le périnée.

Résultat. — Inconnu.

OBSERVATION LVII (résumée)

Herrera Vegas et Cromwell [Los quistos, hidatidicos
en la República Argentina, 1901].

Malade âgé de 44 ans. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, le malade souffre de difficulté pour uriner et de constipation; en même temps il remarque une tumeur à l'hypogastre. A l'examen, on note dans l'hypogastre une tumeur ronde, lisse, rénitente, de la grosseur d'une tête de fœtus. Par le toucher rectal on sent une tumeur, avec les mêmes caractères, occupant tout le petit bassin.

Traitement. — Marsupialisation et drainage par la voie abdominale.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION LVIII (résumée)

Rupp. (*Inaugural dissertation.* Berlin, 1905)

Malade âgé de 27 ans, treize ans auparavant il avait remarqué une tumeur dans la région de la vessie; il y a trois ans il commença à souffrir de douleurs à la vessie qui étaient soulagées par l'émission de l'urine.

Pollakiurie et constipation. A l'examen, on trouve à l'hypogastre une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, lisse; par le toucher rectal on trouve une tumeur dure en relation avec l'antérieure.

Dans l'hypocondre droit, on trouve aussi une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Ultérieurement il est opéré de plusieurs kystes hydatiques du grand épiploon et de l'épiploon gastro-hépatique.

Traitement. — Marsupialisation et drainage par voie abdominale.

Résultat. — Guérison.

CONCLUSIONS

I. — La localisation rétro-vésicale des kystes hydatiques chez l'homme est relativement assez rare.

II. — Les symptômes fonctionnels consistent surtout dans les troubles urinaires dus à la compression de la vessie et des uretères.

Les symptômes physiques seuls permettent de faire le diagnostic, souvent avec de grandes difficultés.

III. — L'évolution est, la plupart du temps, très lente ; mais, dès l'apparition des troubles urinaires, la tumeur peut devenir rapidement mortelle.

IV. — C'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal situé entre la vessie et le rectum que naît le kyste ; maintenu par le plancher pelvien, il s'accroît sur les côtés et vers le haut en comprimant tout ce qui l'entoure. Des adhérences secondaires se créent.

V. — *Lorsqu'il y a infection* : marsupialisation ; *lorsqu'il n'y a pas infection*, nettoyage de la poche au

formol à 1 o/o, puis extirpation totale chaque fois qu'elle est possible, sinon, réduction sans drainage.

Vu : le Président de Thèse,

LEJARS.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie, 1892.
- BINAUD. — *Archives chir. de Bordeaux*, 1880.
- BOUILLY. — Thèse de Paris, 1380.
- CHARCOT. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. *Congrès français de chirurgie*, 1891.
- CRANWELL. — Les kystes hydatiques rétro-vésicaux. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1907, p. 1100.
- D.-J. CRANWELL et M. HERRERA VEGAS. — Los quistes hidatídicos en la República Argentina. *Rev. soc. méd. argent.* Buenos-Ayres, 1904, p. 211.
- Traitement des kystes hydatiques. *Journal de chirurgie* 1910, p. 20.
- DAVAINÉ. — Traité des entozoaires, 1877.
- DOLBEAU. — *Gazette des hôpitaux*, 1867,
- DUPLAY. — Kystes hydatiques du petit bassin. *Arch. gén. de méd.*, juin 1887.
- FEENWICK. — *British medical journal*, 1891.
- GETTEN. — Thèse de Paris, 1898.
- GUYON. — Les kystes hydatiques pelviens, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1904, p. 853.
- S. O. HABERSHON. — Guy's hospital Reports, 3^e série, vol. VI

- 1860, p. 190. — Hydatid tumour in connexion with urinary bladder. *The Lancet*, 1860, p. 496.
- HARTMANN. — Travaux de chir. anatomo-clinique, 1904.
- HERESCO. — Communication au *Congrès d'Urologie*, 1898.
- HERN. — Australian médical Journal, 1879.
- HUNTER J. — An account of the dissection of a man that died of a suppression of urine, produced by a collection of hydatids, between the neck of the bladder and the rectum ; with observations of the manner in which hydatids grow and multiply in the human body. *Tr. Soc. Improve M. and Chir. Knowl.* London 1793, p. 34-52.
- JAMES R. — Rétention of urine from au hydatid's cyst. *Lancet*. London 1842-43, p. 32.
- LEGRAND. — Thèse de Paris, 1890.
- LEGUEU. — Communication au *Congrès d'urologie*, 1898.
- MAROTTA. — Un caso de quisté hydatico del ileopsoas. *An. d. Circ. med. Argent.* Buenos-Ayres, 1904, p. 49.
- MORAND. — *Mémoire de l'Acad. des Sciences*, 1722.
- MOUILLE. — Thèse de Paris, 1898.
- PIZE. — Bull. de Soc. anat. Paris, 1853.
- M. POSNER. — Kyste dydatique du bassin, *Semaine médicale* 1898, p. 95.
- RILEY. — Pelvic hydatids *N. Zealand*, M. J. Wellington 1905 iv. 147.
- THOMAS. — The statistics of hydatid disease in the Australian colonies. *Australian med. Journal.* Melbourne, n. s. Tome III, p. 250, 344, 391, 433, 489.
- TILLAUX. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875. *Idem*, 1887.
- TUFFIER. — De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale. *Congrès français de chirurgie*, 1891.